

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANDRÉE-ANNE GUILLOTTE

LES STYLES D'ATTACHEMENT DE LA DYADE THÉRAPEUTE-CLIENT,

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET LES

RÉPONSES DE CHANGEMENT

SEPTEMBRE 1997

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

D'une perspective clinique, la présente recherche s'attarde aux processus interpersonnels impliqués dans le développement d'une démarche de relation d'aide. Elle a pour objectif d'examiner la nature des relations entre les styles d'attachement (sécurisant, anxieux/ambivalent et évitant), l'alliance thérapeutique et les réponses de changement observées par le client. De plus, cette étude cherche à innover en explorant l'appariement des variables des thérapeutes et des clients. L'échantillon est constitué de deux groupes appariés. Le sous-groupe des thérapeutes est formé de 176 étudiants (23 % d'hommes et 77 % de femmes) en troisième année de baccalauréat en psychologie. Leur âge moyen est de 24 ans. Le sous-groupe des clients est composé de 131 individus (19 % d'hommes, 81 % de femmes). Leur âge moyen est de 28 ans. Les participants doivent répondre à trois questionnaires d'attachement, à une échelle d'alliance thérapeutique et à un questionnaire de changements thérapeutiques. La distribution des participants en fonction des styles d'attachement indique que 76 % des thérapeutes-stagiaires et 56 % des clients affichent un style d'attachement sécurisant, 19 % et 31 % se disent évitant alors que 5 % et 13 % présentent un style d'attachement anxieux/ambivalent. L'appariement des thérapeutes-stagiaires et de leur client en fonction des styles d'attachement laisse voir qu'il y a 40 % des dyades qui sont composées d'un thérapeute et d'un client sécurisants, 36 % d'un thérapeute sécurisant et d'un client non sécurisant, 14 % d'un thérapeute non sécurisant et d'un client sécurisant et, finalement, 10 % des dyades sont formées d'un thérapeute et d'un client non sécurisants. Contrairement à ce qui était attendu, les styles d'attachement ne semblent pas reliés à l'alliance. Par contre, tel que prévu, la qualité de

l'alliance thérapeutique est associée positivement aux réponses de changement du client. Par ailleurs, des analyses ont confirmé la valeur modératrice de l'alliance thérapeutique. Un niveau faible d'alliance chez les clients dont l'attachement est préoccupé diminue considérablement leurs réponses de changement. Inversement, un niveau élevé d'alliance tend à amener les clients préoccupés à percevoir des changements positifs en thérapie, malgré leur style d'attachement non sécurisant. Les résultats et l'originalité de cette étude sont discutés en fonction du courant contemporain de recherche sur la psychothérapie qui tente de promouvoir la valeur de la théorie de l'attachement en psychologie clinique.

## Table des Matières

Sommaire . . . . .	ii
Table des Matières . . . . .	iv
Liste des Tableaux . . . . .	vii
Liste des Figures . . . . .	viii
Remerciements . . . . .	ix
Introduction . . . . .	1
Contexte théorique . . . . .	5
Psychothérapie . . . . .	6
Efficacité Thérapeutique . . . . .	7
Facteurs Communs dans le Processus de Changement . . . . .	10
Théorie de l'Attachement et Psychologie Clinique . . . . .	14
Attachement . . . . .	21
Théorie de l'Attachement . . . . .	22
Stabilité Temporelle des Styles d'Attachement . . . . .	24
Styles d'Attachement Adulte . . . . .	26
Attachement au Thérapeute . . . . .	33
Alliance Thérapeutique . . . . .	35
Conception Théorique . . . . .	35
Variables qui Influencent l'Alliance Thérapeutique . . . . .	38
Appariement des Styles d'Attachement . . . . .	42
Attachement, Alliance et Changement Thérapeutique . . . . .	44
Objectifs et Hypothèses . . . . .	47
Méthode . . . . .	54
Participants . . . . .	55
Déroutement . . . . .	56
Instruments de Mesure . . . . .	58
Attachement . . . . .	59
Attachement au Thérapeute . . . . .	61
Alliance Thérapeutique . . . . .	63
Changement . . . . .	66
Résultats . . . . .	69

Distribution des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients en Fonction de leur Style d'Attachement . . . . .	71
Nature des Liens Existant entre les Trois Mesures d'Attachement . . . . .	74
Styles d'Attachement et Dimensions d'Attachement . . . . .	74
Styles d'Attachement et Attachement au Thérapeute . . . . .	76
Dimensions d'Attachement et Attachement au Thérapeute . . . . .	76
Relations entre l'Attachement, l'Alliance Thérapeutique et les Réponses de Changement . . . . .	78
Styles d'Attachement, Alliance thérapeutique et Réponses de Changement . . . . .	78
Dimensions d'Attachement, Alliance Thérapeutique et Réponses de Changement . . . . .	79
Relations entre l'Alliance Thérapeutique et les Réponses de Changement .	79
Alliance Thérapeutique et Réponses de Changement . . . . .	79
Distinctions entre l'Attachement au Thérapeute et l'Alliance Thérapeutique . . . . .	80
Attachement au Thérapeute et Alliance Thérapeutique . . . . .	80
Appariement des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients selon leur Style d'Attachement . . . . .	84
Modèles Prévisionnels des Dimensions d'Attachement et de l'Alliance thérapeutique sur les Réponses de Changement . . . . .	86
Discussion . . . . .	94
Distribution des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients en Fonction de leur Style d'Attachement . . . . .	95
Nature des Relations entre les Trois Styles d'Attachement des Clients, de leurs Dimensions d'Attachement et de leurs cotes d'Attachement au Thérapeute . . . . .	101
Convergence entre les Styles d'Attachement et les Dimensions d'Attachement . . . . .	101
Styles d'Attachement et Attachement au Thérapeute . . . . .	102
Relations entre l'Attachement, l'Alliance Thérapeutique et les Réponses de Changement . . . . .	105
Attachement et Alliance Thérapeutique . . . . .	105
Attachement et Réponses de Changement . . . . .	108
Relations entre l'Alliance Thérapeutique et les Réponses de Changement .	109
Distinction des Rapports entre l'Attachement au Thérapeute et l'Alliance Thérapeutique . . . . .	111
Appariement des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients selon leur Style d'Attachement . . . . .	113

Modèles Prévisionnels des Dimensions d'Attachement et de l'Alliance Thérapeutique sur les Réponses de Changement . . . . .	121
Conclusion . . . . .	128
Références . . . . .	130
Appendices . . . . .	140
Appendice A . . . . .	141
Appendice B . . . . .	145

## Liste des Tableaux

### Tableau

1. Distribution des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients en fonction de leur Style d'attachement . . . . .	72
2. Stabilité des Styles d'Attachement chez les Clients entre le Début et la Fin de la Psychothérapie . . . . .	73
3. Comparaisons de Moyennes des Dimensions d'Attachement, de l'Attachement au Thérapeute, de l'Alliance Thérapeutique et des Réponses de Changement des Clients en Fonction de leur Style d'Attachement . . . . .	75
4. Relations entre les Dimensions d'Attachement, l'Attachement au Thérapeute, l'Alliance Thérapeutique et les Réponses de Changement chez les Clients . . . . .	77
5. Distribution de l'Appariement des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients selon leur Style d'Attachement (Hazan et Shaver, 1987) . . . . .	85
6. Comparaison de l'Alliance Thérapeutique et des Réponses de Changement des Clients et des Thérapeutes-Stagiaires en fonction des Types de Dyades Thérapeute-Client	87
7. Régressions Multiples des Dimensions d'Attachement et de l'Alliance Thérapeutique sur les Réponses de Changement des Clients . . . . .	89
8. Analyse Factorielle du Questionnaire d'Attachement au Thérapeute et du Questionnaire d'Alliance Thérapeutique . . . . .	146



Liste des Figures

1. Relations entre l'attachement détaché/préoccupé et les réponses de changement en fonction de degrés élevés et bas d'alliance thérapeutique . . . . .	93
--	----

### Remerciements

L'auteure désire exprimer sa gratitude à son directeur de mémoire, monsieur Yvan Lussier, Ph. D., professeur, pour sa contribution indéniable, son savoir et son intérêt au projet. Merci également à Jacques Bertrand, M.Ps, professionnel de recherche, pour son support technique, mais surtout pour son soutien moral. Il est aussi important de souligner la compréhension, la patience, l'encouragement et la douceur des parents et amis qui m'ont entourée lors de l'élaboration et de la rédaction de ce mémoire. Un merci tout spécial à Anne-Marie.

## Introduction

Après la Seconde Guerre mondiale, le champ de la psychothérapie a subi tout un essor. La croissance de cette jeune discipline a alors favorisé l'avènement d'un nombre important d'individus qui se sont octroyé le titre de psychothérapeute. C'est d'ailleurs à l'intérieur de cette expansion qu'une kyrielle de nouvelles techniques thérapeutiques ont vu le jour. En réponse à ce bouillonnement d'activités, il semble donc impérieux de s'attarder à la valeur de la formation reçue par les aidants ainsi qu'à l'efficacité de ces diverses approches de relation d'aide afin de s'assurer que le public soit protégé des pratiques douteuses.

La relation d'aide consiste en une interaction particulière entre deux personnes, le thérapeute et le client, chacun contribuant à l'évolution de la réponse de changement et au degré de satisfaction envers l'aide reçue par ce dernier (Chalifour, 1993). La relation thérapeutique professionnelle se distingue de la relation sociale par les caractéristiques des personnes qui s'engagent (connaissances, habiletés, attitudes), les raisons invoquées pour entrer en relation, les buts poursuivis par la démarche, le contenu des échanges, les lieux de rencontre, la durée, la fréquence, les coûts associés à la consultation, les conditions exigées pour le maintien de la relation ainsi que les raisons pour y mettre fin (Chalifour, 1993).

La relation thérapeutique, développée à l'intérieur du processus d'aide, est un sujet d'investigation sur lequel les chercheurs et les cliniciens s'enquêtent depuis fort longtemps. En effet, ils s'intéressent aux caractéristiques spécifiques qui la composent. Selon l'optique donnée à l'investigation, différentes appellations ont été employées pour qualifier ce rapport, soit: alliance, transfert et récemment attachement. La diversification de cette nomenclature, la multitude d'instruments qui se proposent de mesurer ces variables et le souci d'obtenir des résultats empiriques probants appellent l'importance d'un travail de conceptualisation, de distinctions théoriques et également de l'évaluation de la valeur discriminante de ces notions.

Spécifiquement, cette étude souhaite donc participer à ce courant de recherches sur la relation thérapeutique et le changement en apportant une précision ainsi qu'une distinction conceptuelle entre les variables d'attachement au thérapeute et d'alliance thérapeutique. Elle vise aussi à observer si la nature de l'appariement des styles d'attachement des thérapeutes et des clients est reliée à la qualité de l'alliance thérapeutique qui se développe entre les parties. De plus, elle tend à vérifier si l'alliance thérapeutique peut être une variable qui contribue, d'une façon ou d'une autre, à relier les styles d'attachement des clients aux réponses de changement qui naissent en cours de thérapie.

Ce travail se compose de quatre chapitres. Le premier offre une recension des écrits théoriques et empiriques portant sur les variables d'attachement, d'alliance thérapeutique et des réponses de changement. Le deuxième chapitre dépeint la méthode utilisée lors de l'élaboration de l'expérimentation associée à la présente étude, alors que le suivant présente l'analyse des résultats. En dernier lieu, les résultats observés sont discutés.

## Contexte théorique

Ce chapitre se divise en cinq parties dont chacune présente le relevé de la documentation scientifique pertinente au thème à l'étude. Pour ce faire, les théories et les investigations empiriques servent de toile de fond sur laquelle s'élaborent les variables importantes de cette recherche ainsi que les différents liens qui les unissent entre elles. La première section dépeint les processus présents dans une psychothérapie tandis que la deuxième aborde la théorie de l'attachement et ses composantes. La troisième section s'attarde à l'alliance thérapeutique ainsi qu'aux relations qu'elle entretient avec d'autres variables présentes dans une relation d'aide. La quatrième examine, pour sa part, les relations entre les trois variables mises à l'étude, c'est-à-dire l'attachement, l'alliance et les réponses de changement. Pour terminer, la dernière partie de ce chapitre énumère les objectifs et les hypothèses de recherche retenus pour cette étude.

### Psychothérapie

Cette partie s'attarde à l'efficacité d'une psychothérapie. En fonction du motif initial de consultation, l'évolution de la relation d'aide est décrite en regard du procédé de changement. À travers ce parcours, des facteurs communs, contribuant de façon significative au processus thérapeutique, sont examinés afin de mieux comprendre la nature ainsi que la dynamique des réponses de changement des clients lors d'une



consultation. En dernier lieu, l'implication et la pertinence de l'application de la théorie de l'attachement à la psychologie clinique sont introduites.

### Efficacité Thérapeutique

Selon la théorie de Maslow, tout être humain a une propension au développement optimal ainsi qu'à une diminution des tensions internes afin de laisser place à un mieux-être et à une actualisation de soi. La prolifération actuelle d'intervenants professionnels en santé mentale de formation et d'orientations théoriques variées permet de supposer qu'il y a une demande importante de la part des personnes en situation précaire ou de croissance personnelle à rechercher de l'aide psychologique. Espérant beaucoup de la relation qu'elles développeront avec leur thérapeute, elles devront aussi démontrer une ouverture et une grande confiance face aux procédés et processus thérapeutiques. Mais qu'en est-il de leur efficacité réelle?

Parmi toutes les psychothérapies qui sont amorcées, certaines mènent à un succès alors que d'autres avortent ou ne procurent aucun effet curatif. Face à ces multiples avenues, les professionnels de la santé mentale se sont demandé consciencieusement si leurs actions étaient aidantes et si elles favorisaient vraiment le changement chez leurs clients. Des méthodes de plus en plus rigoureuses se sont développées afin d'explorer cette interrogation (Hill & Corbett, 1993). Bien que ce champ d'intérêts porté au

fonctionnement et à l'efficacité du processus d'aide existe depuis plusieurs années, les résultats continuent d'afficher des conclusions controversées. Ceci étant, les psychologues remettent donc encore en question la façon dont le travail clinique, qualifié de thérapeutique, affecte le déroulement et les réponses de changement d'un client à une psychothérapie.

Lorsqu'il se présente chez un thérapeute, le client a comme souhait premier de changer et de remédier à une situation d'inconfort. Sur réception de cette demande, le thérapeute doit dès lors statuer sur le traitement qui lui semble le plus efficace et sur les conditions à prendre en compte afin de répondre le plus adéquatement aux problèmes à résoudre (Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986). Selon Horowitz, Rosenberg et Bartholomew (1993), les difficultés les plus fréquemment mentionnées lors de la première entrevue clinique se retrouvent souvent sous la rubrique des problèmes interpersonnels. Ce que le client désire changer devient alors l'objectif ultime de la démarche de consultation (Dumka, Sprenkle, & Martin, 1995).

Le changement est défini comme une amélioration des fonctions cognitives, comportementales, affectives et relationnelles chez une personne. Celles-ci favorisent l'apparition de nouveaux comportements mieux adaptés ayant une influence positive sur l'état du client (Hanna & Ritchie, 1995). À cette définition, qui demeure générale, se greffe une myriade de façons de le mesurer et une difficulté à généraliser les résultats

obtenus, car le changement est grandement soumis aux différences individuelles (Klee, Abeles, & Muller, 1990). De plus, l'évaluation de ce concept est une tâche délicate, car elle demande de faire la distinction entre la signification du seuil statistique indiquant la présence d'un changement et les réels changements cliniques.

Hill et Corbett (1993) rapportent la percutante affirmation de Eysenck en 1952 selon laquelle les personnes qui entrent en psychothérapie ne s'améliorent pas plus significativement que celles qui n'y ont pas eu recours. Cette déclaration a alors passablement ébranlé les chercheurs du domaine qui ont par la suite observé les réponses de changement qui résultent des psychothérapies. Howard, Kopta, Krause et Orlinsky (1986) ont fait des *méta-analyses* qui appuient l'idée que la participation à une thérapie favorise des changements plus rapides, plus substantiels et qui perdurent plus longtemps après la fin des rencontres que la non-participation. Ce mouvement de convergence des recherches a donc permis d'asseoir de manière scientifique le fait que la psychothérapie est une méthode de traitement plus efficace que le simple passage du temps (Alain, 1997).

De cette conclusion est né, chez les chercheurs, un désir d'isoler les facteurs qui sont essentiels à l'avancement d'une relation d'aide (Hanna & Puhakka, 1991; Hanna & Ritchie, 1995; Janoff-Bulman & Schwartzberg, 1991). Du même coup, ils souhaitent vérifier s'il était possible d'arriver à une hiérarchisation qualitative de l'efficacité des différentes approches théoriques de la psychologie. Pour y parvenir, les chercheurs ont

tenté de comprendre et d'analyser les relations existant entre les procédés thérapeutiques (ce qui se passe à l'intérieur d'une séance) et les résultats de la démarche (les changements présents à la fin du traitement) (Hill & Corbett, 1993). Bien que la psychothérapie ait été démontrée comme étant un facteur relié au processus de changement, la nature précise des liens que ces deux concepts entretiennent demeure obscure et interroge les scientifiques (Hanna & Ritchie, 1995).

### Facteurs Communs dans le Processus de Changement

En dépit du fait qu'il y ait eu démonstration empirique que les thérapeutes utilisent différentes techniques à l'intérieur de leur pratique privée, les études sur l'efficacité thérapeutique révèlent que les réponses de changement du client à la fin d'une consultation sont similaires, nonobstant l'orientation préconisée par le clinicien (Stiles et al., 1986). Les études comparatives sur la psychothérapie font donc ressortir l'absence de différences entre les approches théoriques malgré des efforts rigoureux de différenciation. Ce sont ces résultats qui ont conduit à des interrogations sur la nature du changement thérapeutique et sur les processus y contribuant (Grencavage & Norcross, 1990; Hanna & Ritchie, 1995; Jones, Cumming, & Horowitz, 1988).

Grencavage et Norcross (1990) expliquent ce phénomène en affirmant que si les différentes thérapies arrivent aux mêmes résultats, c'est peut-être parce qu'elles ne sont

pas si différentes qu'elles en ont l'air en surface. Ils croient ainsi qu'elles partagent des facteurs curatifs possiblement responsables du succès thérapeutique. Hanna et Ritchie (1995) ainsi qu'Hanna et Puhakka (1991) abondent en ce sens en soulignant l'importance de mettre en relief les variables et les processus efficaces que partagent les différentes approches afin de bien comprendre le fonctionnement du changement. Jusqu'à présent, trois catégories communes ont été retenues, soit: les caractéristiques du thérapeute, celles du client et la plus fréquemment mentionnée, la relation thérapeutique (Grencavage & Norcross, 1990).

En ce qui a trait aux caractéristiques du thérapeute, c'est Rogers en 1957 qui fut le premier à prétendre qu'elles étaient essentielles au changement. Il faisait alors référence à son degré d'empathie, d'authenticité, à son regard positif inconditionnel et à sa chaleur relationnelle. Piper, Boroto, Joyce, McCallum, & Azim (1995) ainsi que Dolan, Arnkoff et Glass (1993) se sont interrogés à savoir si ces conditions facilitantes au changement étaient suffisantes ou nécessaires à celui-ci. Après avoir remarqué que certains clients réagissaient négativement aux éléments précédents de Rogers (1957), ils conclurent que les seules caractéristiques du thérapeute qui semblent transcender toutes les approches théoriques sont l'écoute centrée sur le client, la capacité à lui communiquer du respect ainsi que la capacité d'augmenter ses espoirs, ses attentes de succès. Ces attitudes font donc partie des ingrédients actifs partagés par les diverses orientations théoriques et participent aux réponses de changement du client (Stiles et al., 1986).

Le paradoxe existant entre la divergence des techniques thérapeutiques utilisées et la convergence des résultats s'explique aussi par les caractéristiques communes des clients venant altérer les effets au niveau des réponses de changement (Stiles et al., 1986). En étudiant les réactions des clients, les chercheurs découvrent que l'implication de ces derniers, leurs attentes positives face au traitement et leur niveau initial de détresse sont des variables communes et engagées dans le processus thérapeutique (Alain, 1997; Grencavage & Norcross, 1990). Piper et al., (1995) soulignent également l'importance d'examiner l'implication des variables pré-traitement des clients (une section ultérieure en rendra compte). Entre autres, les styles d'attachement sont identifiés comme étant des éléments fondamentaux lors d'une démarche de consultation, ayant été associés à la symptomatologie présentée par le client et à sa perception de l'alliance avec son thérapeute. Ce dernier devrait donc les considérer afin de guider sa propre position à l'intérieur du lien qu'il devrait développer avec son client (Dolan et al., 1993).

La troisième catégorie pouvant rendre compte du processus de changement est la relation thérapeutique. La psychothérapie étant avant tout une union entre deux personnes, il est essentiel de s'y arrêter (Alain, 1997). Le lien qui se développe entre un client et son thérapeute est souvent relevé comme étant un facteur associé positivement aux réponses de changement, cherchant à ce que le client y vive une expérience d'intimité stable sans y être blessé (Grencavage & Norcross, 1990). Par son aspect dyadique, cette rubrique tente donc d'unifier, dans un lien de collaboration, les clients à leur thérapeute.

La théorie de l'attachement s'agence donc bien avec l'idée d'alliance thérapeutique, car c'est un concept qui n'appartient pas à une école de pensée en particulier (Stiles et al., 1986). Elle semble ainsi faire partie des facteurs communs et curatifs des psychothérapies qui comportent toutes un lien de nature émotionnelle (Hill & Corbett, 1993).

La revue de la documentation précédente permet de constater que l'identification de la robustesse de facteurs communs entre les différentes approches théoriques se doit d'être renforcée par de plus amples recherches et observations cliniques (Grencavage & Norcross, 1990). Le but ultime d'une démarche de consultation étant d'opérer un changement chez le client en l'amenant à modifier la vision qu'il a de lui-même et des autres, il faut arriver à avoir une image claire des ingrédients qui sont réellement actifs en plus de développer des mesures de changement plus précises (Grencavage & Norcross, 1990; Jones et al., 1988; Stiles et al., 1986). Il y a donc encore place à un débat à savoir si les effets d'une relation d'aide sont l'aboutissement des stratégies spécifiques d'intervention employées, des caractéristiques des clients ou encore s'ils sont simplement la résultante d'un lien non spécifique de confiance développé dans la dyade d'aide (Jones et al., 1988). La présente étude se donne comme but d'observer cette dernière composante et plus particulièrement la relation d'attachement qui se développe entre un client et son thérapeute.

### Théorie de l'Attachement et Psychologie Clinique

Bien qu'elle origine de l'étude du développement de l'enfant, les chercheurs ont entrepris l'application de la théorie de l'attachement de Bowlby au domaine adulte puis, plus spécifiquement, au contexte clinique afin de comprendre les facteurs engagés dans le déroulement d'une démarche de relation d'aide (Lopez, 1995; Pistole, 1989). Par cette manière de procéder, les chercheurs s'enquière sur la façon dont les difficultés perceptives et les dysfonctions interpersonnelles du thérapeute et du client affectent leur lien (Robbins, 1995).

Pour y arriver, les efforts contemporains se basent sur la stabilité des styles d'attachement, sur leur flexibilité lors de l'avènement de circonstances fragilisantes ainsi que sur l'impact qu'ils exercent sur la perception du client, son traitement de l'information et sur ses comportements interpersonnels (Lopez, 1995; Paterson & Moran, 1988; Shaver & Norman, 1995). L'application clinique de la théorie de l'attachement peut contribuer à la compréhension de l'interaction dans la dyade thérapeutique et son influence résiduelle sur les réponses de changement (Lopez, 1995; Talley, Strupp, & Morey, 1990).

Dans son édition du mois de juillet 1995, la revue «The Counseling Psychologist» a spécialement consacré une section entière sur l'application des concepts d'attachement



au contexte thérapeutique. Dans son article, Lopez (1995) utilise le caractère développemental et interpersonnel de la théorie de l'attachement pour l'élever au rang de méta-perspective en psychologie du counseling. Parce que l'optique de cette entité conceptuelle est basée sur le fait qu'une relation émotionnelle significative est cruciale au développement de la personne, Pistole et Watkins (1995) croient également que cette théorie devient cliniquement utile pour conceptualiser la relation particulière qui se développe en psychothérapie. S'appuyant sur le postulat de l'impact des relations primaires sur le fonctionnement adulte ainsi que sur la vulnérabilité à la psychopathologie, l'application de l'attachement est soulignée comme une variable utile à la recherche ainsi qu'à la compréhension clinique des comportements interpersonnels des clients et de leurs ajustements émotionnels (Bowlby, 1978). Offrant un cadre de travail au thérapeute pour sa pratique, ce dernier est en mesure d'évaluer de quelles façons les comportements cognitifs, affectifs et sociaux actuels sont influencés par les schémas relationnels passés, mais toujours actifs. La théorie de l'attachement offre donc une compréhension personnelle du client à travers une perspective interpersonnelle. Globalement, elle permet de mettre à jour le lien entre les expériences passées et le fonctionnement présent du client, information salubre pour saisir l'impact de la dynamique qui émane de l'interaction entre ses caractéristiques et celles de son thérapeute sur les réponses de changement (Lopez, 1995; Paterson & Moran, 1988; Pistole, 1989; Pistole & Watkins, 1995).

La justification de l'application de la théorie de l'attachement dans un cadre clinique passe également par le parallélisme qui est trouvé entre la relation primaire d'attachement et celle développée entre le thérapeute et son client. La personne qui recherche de l'aide thérapeutique se retrouve dans une situation de détresse qui surpasse ses capacités de s'ajuster aux exigences de l'environnement. Ce faisant, l'aidant est vu comme quelqu'un de fort, de fiable, de disponible et de sensible, ingrédients pouvant la soulager de son malaise. Tout comme l'attachement primaire, la relation thérapeutique a pour fonction de procurer un sentiment de confort, de sécurité et de protection, formant une base sécurisante qui permet au client d'explorer ses expériences de vie douloureuses (Dolan et al., 1993; Holmes, 1993; Pistole, 1989; Pistole & Watkins, 1995; West, Sheldon, & Rieffer, 1989). Donc, le thérapeute se concentre sur les besoins du client afin de lui offrir un contexte relationnel stable et une nouvelle figure d'attachement. Ainsi, le client a la possibilité de revivre son expérience d'attachement primaire et de la modifier au besoin (Pistole, 1989).

Le lien thérapeutique est donc semblable à une relation d'attachement à l'exception des contraintes de temps, d'argent, de logistique et d'éthique. Ainsi, bien que la théorie développementale de Bowlby ait ses racines à l'extérieur du milieu clinique, la nature du contexte thérapeutique fait ressortir ses composantes, et ce, sans égard à l'orientation et aux techniques privilégiées par l'aidant (Hill & Corbett, 1993). En plus de faciliter la compréhension de l'établissement d'une relation, la théorie de l'attachement a l'avantage

d'offrir ainsi une perspective longitudinale de l'évolution de la personne (Alain, 1997; Farber, Lippert, & Nevas, 1995).

L'utilisation de la théorie de l'attachement en counseling offre également un cadre aux thérapeutes pour orienter leurs interventions vers un processus de changement efficace. Étant donné que le contexte dans lequel ils se retrouvent s'apparente aux conditions relationnelles primaires, les thérapeutes ont accès au système d'attachement des clients et à leurs organisations cognitives et émotionnelles du soi et des autres. Ils ont donc la possibilité de remédier aux perceptions distorsionnées entretenues depuis la jeune enfance (Pistole, 1989). Le fait de vivre une expérience d'intimité positive permettra ainsi aux clients de réviser leurs modèles non sécurisants d'attachement et de mettre un terme aux fondements qui entretiennent leur continuité (Dozier, Cue, & Barnett, 1994; Lopez, 1995; McCullough et al., 1991; Pistole & Watkins, 1995; Rutter, 1995; Stiles et al., 1986). En permettant aux thérapeutes de travailler sur la façon dont les clients perçoivent et interprètent leur environnement, la théorie de l'attachement offre un cadre permettant d'augmenter l'efficacité thérapeutique, aidant la personne en détresse à acquérir de nouveaux mécanismes d'adaptation (Alain, 1997; Dozier et al., 1994; Farber et al., 1995; Pistole, 1989).

Entre les grands chefs de file de ce domaine, il n'y a toutefois pas une unanimité générale à savoir à quel point l'application de la théorie de l'attachement a la possibilité

d'améliorer le rendement des psychothérapies (Rutter, 1995). Certains auteurs ne sont donc pas aussi élogieux face aux possibilités de l'utilisation des concepts d'attachement en psychologie clinique. Considérant cette application trop limitée et la théorie encore bien loin de la pratique, Farber et al. (1995) croient que ceci rend compliquée et biaisée son application. Sur ce sujet, Shaver et Norman (1995) expliquent leur propre réticence en soulignant la difficulté rencontrée lors d'évaluation des styles d'attachement adultes. En effet, il y a plusieurs instruments qui existent et ceux-ci ne partagent pas tous les mêmes assises théoriques. Ainsi, il est possible d'examiner rétrospectivement, à l'aide d'entrevues semi-structurées, les relations d'attachement parentales, c'est-à-dire l'histoire d'attachement, ou encore de façon contemporaine les relations intimes ou romantiques adultes et les relations d'attachement significatives des adultes (fratrie, parents, amis, collègues, etc.). Bien qu'il semble se dégager des liens (Bartholomew et Thompson, 1995), entre ces diverses formes d'évaluation de l'attachement (contrairement aux propos de Lopez, 1995), Shaver et Norman (1995) soulignent l'urgence d'une intégration conceptuelle et d'une modélisation de l'attachement adulte avant de statuer sur le rôle central de l'attachement en psychologie du counseling.

Par exemple, les démonstrations effectuées pour témoigner de la stabilité des styles d'attachement amènent également Shaver et Norman (1995) à user de discernement et à exprimer leur réserve face aux louanges de Lopez (1995). En effet, ils mettent en relief que l'absence d'une stabilité de l'attachement au travers le développement d'un individu

motiverait l'abandon des recherches sur l'attachement adulte alors que l'inverse, c'est-à-dire une stabilité permanente inhiberait tout intérêt pour le changement thérapeutique. Il y a donc un besoin urgent d'études démontrant clairement la continuité et la malléabilité du concept d'attachement en s'assurant que les différents résultats expérimentaux ne soient pas dus à la fragilité de la fidélité des instruments de mesure.

Bartholomew et Thompson (1995) prennent aussi part au présent débat sur l'implication de la théorie de l'attachement au domaine clinique. Ils se questionnent sur la réelle pertinence d'appliquer un cadre d'attachement à toutes sortes de relations différentes (par exemple, la relation thérapeutique). Bien qu'ils reconnaissent que les modèles d'attachement influencent les relations sociales et que certaines d'entre elles partagent des caractéristiques des relations d'attachement, ils soulignent que l'attachement n'est qu'un seul aspect des nombreux comportements sociaux. Étant donné que les liens unissant les concepts d'attachement aux autres types de rapports demeurent obscurs, ils suggèrent la prudence et le discernement lors de l'application de la théorie d'attachement dans un contexte thérapeutique. Pour palier cette limite, Bartholomew et Thompson (1995) proposent donc d'élaborer et de tester des modèles compétitifs (propres à chacun des domaines à l'étude) qui permettraient de spécifier clairement le jeu, parfois complexe, des relations entre l'attachement et diverses variables d'intérêt. Présentement, leur position face à l'application des principes d'attachement à la psychologie clinique demeure

donc teintée de circonspection, préférant attendre un plus grand nombre d'études appliquées concluantes. Non convaincus que cette théorie puissent offrir un cadre organisationnel, ils souhaitent que cette avenue prometteuse soit quand même poursuivie au niveau de la recherche, tout en démontrant de la retenue face à son application pour l'instant.

Le contraste entre les différents auteurs de ce domaine de recherche témoigne ainsi d'une controverse quant à la légitimité d'appliquer la théorie de l'attachement à l'intérieur d'une démarche de consultation. Les erreurs méthodologiques et conceptuelles des recherches sur le sujet appellent à la prudence, car il est possible qu'elles ne captent qu'une petite partie de la complexité des modèles d'attachement des adultes en comparaison de ceux de la petite enfance (Bartholomew & Thompson, 1995; Lopez, 1995). Le besoin d'études se fait donc ressentir avant de pouvoir être certain de l'étendue possible de l'utilisation clinique du concept d'attachement et de ses composantes.

En somme, l'application de la théorie de l'attachement à l'intérieur d'une psychothérapie demeure un sujet de discussion et de débat. Bien que ce cadre théorique ait servi de base empirique à certaines recherches, il reste encore beaucoup de place à l'investigation de la pertinence de son implication au niveau de la pratique clinique (Lopez, 1995; West et al., 1989). Malgré leurs limites, l'attachement et ses composantes

présentent un cadre intéressant à l'intérieur duquel il est possible de comprendre la personnalité pathologique et son évolution (Lopez, 1995; Shaver et Norman, 1995). Cette théorie du développement ouvre plusieurs avenues de recherche qui permettraient d'examiner les processus et les procédés thérapeutiques qui sont reliés aux réponses de changement (Pistole & Watkins, 1995). À l'aide d'un échantillon de thérapeutes et de clients, puisés dans un contexte de relation d'aide, la présente étude se propose de prendre part à ce débat, bien d'actualité.

### Attachement

Cette section présente en détail la théorie de l'attachement, son historique et son évolution. Après avoir défini ce concept, les différents styles d'attachement sont décrits avec leurs caractéristiques propres. C'est la démonstration de la stabilité de ces derniers, à l'aide des représentations mentales de soi et des autres, qui permet ensuite de faire le pont avec leurs manifestations à l'âge adulte. En terminant, l'application du nouveau concept «d'attachement au thérapeute» est élaboré et il est mis en relation avec le contexte thérapeutique.

### Théorie de l'Attachement

De nature développementale et relationnelle, la théorie de l'attachement est basée sur les travaux de Bowlby qui analysent la relation entre la mère et son enfant (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Elle donne une explication longitudinale des rapports interpersonnels en plus d'offrir un cadre de travail pour comprendre les différences relationnelles chez les jeunes enfants (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Biringen, 1994; Satterfield & Lyddon, 1995).

L'attachement se définit comme étant la tendance biologique du nouveau-né à développer un lien émotionnel avec une personne spécifique perçue comme forte (Biringen, 1994). Il est également composé d'un système comportemental primaire visant à maintenir une proximité physique avec la figure d'attachement afin de développer un sentiment de confort, de sécurité et de protection. Cette définition explicative met donc en relief l'extrême importance des figures significatives qui prennent soin du nourrisson et de leur disponibilité lors de l'élaboration des liens interpersonnels. C'est effectivement cette base sécurisante qui permettra à l'enfant de s'engager de façon confiante dans des activités d'exploration sans être submergé par l'anxiété et la peur (Dolan et al., 1993; Mallinckrodt, Coble, & Gantt, 1995a; Pistole, 1989). Ce sentiment de confiance et de bien-être, l'enfant le développe donc à travers la sensibilité et la disponibilité du parent qui exprime librement son affection, sa chaleur, son écoute attentive, tout en favorisant



l'autonomie de l'enfant. Si ces qualités sont absentes, une fois adulte, l'individu entretiendra des relations de dépendance ou il évitera toute proximité émotionnelle (Mallinckrodt, 1991).

C'est grâce aux fondements de la théorie de l'attachement de Bowlby (1969) que Ainsworth et ses collaborateurs (1978) ont pu mener les premières recherches empiriques sur ce concept. À l'aide de leur modèle de la situation étrangère, condition expérimentale mettant à contribution la mère et son enfant, ils ont réussi à mesurer et à évaluer l'attachement de ce dernier. Fidèles au raisonnement de Bowlby (1969, 1973, 1980), leurs recherches sur le développement de ce lien ont démontré que les enfants peuvent être divisés en trois styles d'attachement distincts, soit: sécurisant, anxieux/ambivalent et évitant (Dolan et al., 1993). Selon eux, toutes ces manifestations sont observables dans les interactions entre les enfants et leurs figures maternelles lors d'une séparation ou d'une réunion de ceux-ci.

Lorsqu'il est mis en situation étrangère, l'enfant ayant un style d'attachement sécurisant explore le nouvel environnement avec la mère (ou la figure d'attachement), démontre de l'anxiété lors de son départ, mais il sera rapidement réconforté à son retour. Chez ces enfants, on remarque une mère disponible qui répond aux besoins de l'enfant de façon adéquate et constante. L'enfant anxieux/ambivalent s'accroche à sa mère lors de l'exploration, vit de la colère, de l'anxiété et de la détresse lors de la séparation et il

est très difficile à sécuriser, malgré le retour de sa mère. On remarque chez ces derniers une figure maternelle qui offre une présence incertaine et inadéquate. L'enfant du style d'attachement évitant ne porte aucune attention et démontre peu d'affects à sa mère, que ce soit lors de leur séparation ou de leurs retrouvailles. À ce type d'attachement, on associe des mères constamment absentes, ignorant l'enfant et ses besoins. Tout comme énoncé par Bowlby (1969), des recherches ultérieures, effectuées dans une perspective longitudinale, ont également permis de démontrer que le style d'attachement primaire est stable de la petite enfance aux premières années de scolarité en plus d'évoquer son rôle joué au niveau des relations personnelles et intimes adultes (Collins & Read, 1990; Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Satterfield & Lyddon, 1995).

#### Stabilité Temporelle des Styles d'Attachement

Une correspondance entre les manifestations des styles d'attachement des jeunes enfants et celles retrouvées chez les adultes a pu s'établir. En effet, la notion théorique de stabilité temporelle des représentations mentales de soi et des autres, formées lors de l'attachement initial, est appuyée par quelques études longitudinales. Par contre, celles-ci ne couvrent pas la période complète de l'enfance à l'âge adulte (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995; Mallinckrodt et al., 1995a; Mikulincer, Florian, & Tolmacz, 1990). Ainsi, il est stipulé que dans la relation avec le parent significatif, l'enfant développe un ensemble de croyances, d'attentes et d'attitudes à propos de lui et des autres, résistant au

passage du temps (Hammond & Fletcher, 1991; Mallinckrodt, Coble, & Gantt, 1995b). Cette expérience d'attachement devient alors le fondement des organisations cognitives, affectives et comportementales de l'enfant qui, par la suite, se généralise à tous ses liens intimes (Bowlby, 1969, 1973, 1988). Cette configuration psychique de soi et de l'environnement est donc de nature affective-cognitive et devient la base de la personnalité, le cadre de références afin d'interpréter ses relations affectives ultérieures (Lopez, 1995; Pistole, 1989). D'ailleurs, plus le temps passe, plus les représentations mentales deviennent rigides. En effet, elles résistent au changement car les nouvelles informations qui y entrent sont uniquement celles qui confirment le modèle en place, les autres étant ignorées ou niées (Lopez, 1995; Pistole, 1989; Satterfield & Lyddon, 1995). Ces modèles affectent donc les relations sociales de l'adulte et particulièrement celles dans lesquelles il y a une possibilité d'intimité (Mallinckrodt et al., 1995).

La notion de stabilité temporelle des représentations mentales de soi et des autres a ainsi permis l'émergence d'une nouvelle génération d'études dans plusieurs domaines de recherche en psychologie. L'attachement est alors devenu une variable de plus en plus utilisée lors d'études sur différentes thématiques adultes. Selon Kobak et Sceery (1988), la théorie de l'attachement offre un cadre intéressant afin de comprendre la façon dont les gens font face à des événements traumatiques, en plus d'expliquer l'efficacité des stratégies d'adaptation avec laquelle ils accueillent la détresse émotionnelle qui leur est associée, situations souvent évoquées en psychothérapie.

### Styles d'Attachement Adulte

C'est l'extrapolation des recherches d'Ainsworth et al., (1978) qui a permis à des chercheurs comme Main, Kaplan et Cassidy (1985), Hazan et Shaver (1987) ainsi que Bartholomew et Horowitz (1991) de développer une conceptualisation adulte du modèle d'attachement. Selon Hazan et Shaver (1994), chacun des trois styles d'attachement se différencie des deux autres quant au sentiment de compétence, de confiance et de valeur exprimée. De plus, ils diffèrent entre eux au niveau de la proximité relationnelle tolérée, des stratégies d'adaptation utilisées et quant à leur capacité de centration sur soi et sur les autres. Les chercheurs s'entendent également sur la description des caractéristiques principales de chaque style d'attachement adulte (Bartholomew & Thompson, 1995). L'étude de Hazan et Shaver (1987) et les nombreuses autres qui ont suivi décrivent l'individu ayant un style d'attachement sécurisant comme étant peu anxieux, peu hostile et moins sujet à la détresse psychologique. En effet, quand il fait face à de fortes émotions, il reconnaît son malaise et l'exprime. En plus, il utilise des stratégies de résolution de conflits adéquates et se montre capable de se tourner vers les autres pour recevoir de l'aide ou du soutien (Pistole, 1989). Ces attentes positives lui permettent donc d'avoir confiance en lui et en son environnement, augmentant ainsi ses chances de se retrouver dans des relations intimes satisfaisantes.

L'individu ayant un style d'attachement anxieux/ambivalent, exprime un besoin excessif de l'autre, accompagné d'une absence totale d'autonomie. Immature et dépendant, il s'y accroche en présentant un puissant désir de fusion, un grand besoin d'amour et d'affection. Toutefois, il est incapable d'intimité, de proximité saine et son manque d'estime personnel l'amène à demeurer défensif et ambivalent. Il est donc dans l'impossibilité de faire confiance à son environnement (Dolan et al., 1993). Pour sa part, la personne au style d'attachement évitant se reconnaît à son hostilité, à sa crainte du rejet, à sa grande distance émotionnelle ainsi qu'à sa peur de la dépendance. En plus de nier son besoin de l'autre, elle évite de se dévoiler, ne compte que sur elle et se refuse à ressentir toute forme de détresse (Pistole, 1989).

Pistole (1989) affirme que l'implication thérapeutique de l'attachement permet de distribuer les clients, faisant une demande de consultation, selon les trois styles d'attachement de Hazan et Shaver (1987). West, Rose et Sheldon-Keller (1994) appuient également l'idée des différences cliniques entre les styles d'attachement des clients qui consultent en psychothérapie. Selon Pistole (1989), on reconnaîtra le type sécurisant à la flexibilité de ses organisations mentales et à ses perceptions généralement conformes à la réalité. Il exhibe une image empathique, collabore bien à la démarche en plus de bénéficier d'un bon support social (Mikulincer & Nachshon, 1991). Il perçoit son thérapeute comme une personne sensible, compréhensive, disponible, ce qui l'encourage à explorer différents événements troublants de son passé (Mallinckrodt et al., 1995). La

personnalité anxieuse-ambivalente présente souvent une désorganisation du soi, des affects divergents et explosifs ainsi qu'une préoccupation excessive de l'autre. Il recherche la fusion avec son thérapeute et il tente de différentes façons de briser les règles régissant le cadre thérapeutique (Mallinckrodt et al., 1995). Pour ce qui est du client de type évitant, il gardera une distance émotionnelle face au thérapeute tout en lui démontrant beaucoup d'hostilité. Il le croit malhonnête, rejetant et fermé. Sa démarche thérapeutique sera donc souvent motivée par les pressions venant de l'entourage, lui-même niant son problème. La possibilité qu'il se rende au bout de sa démarche avec succès est donc restreinte.

Bartholomew et Horowitz (1991) ont également utilisé les notions de représentations mentales de soi (positif et négatif) et des autres (positif et négatif) de Bowlby (1973) pour proposer une nouvelle classification des différents styles d'attachement présents chez les adultes. Toutefois, ils ont mis en relation ces quatre dimensions à l'aide de deux axes perpendiculaires, leur permettant de conceptualiser un modèle d'attachement en quatre styles, soit: sécurisant, préoccupé, craintif et détaché. Le premier quadrant regroupe les individus sécurisants, à l'aise avec l'autonomie et l'intimité. La cellule préoccupée inclut les personnes qui ont également une vision positive de l'entourage, mais accompagnée d'une perception de soi dévaluée, d'inadéquation. Pour sa part, le groupe craintif renvoie aux gens qui ont une définition négative du monde et d'eux-mêmes. Ils se décrivent comme étant sans valeur et

l'extérieur comme étant rejetant. Ceux-ci craignent donc l'intimité et évitent les situations sociales. La dernière catégorie, baptisée détachée, regroupe les individus ayant une vision positive du soi, mais négative des autres. On les identifie à leur évitement de l'intimité, par la recherche de l'auto-suffisance et de l'indépendance la plus entière possible. Si l'on compare cette classification en quatre styles à celle en trois styles de Hazan et Shaver (1987), on remarque qu'il y a une correspondance entre les deux catégories sécurisant, que le sous-groupe anxieux/ambivalent de Hazan et Shaver (1987) est libellé préoccupé par Bartholomew et Horowitz (1991) et que le style d'attachement évitant est scindé en deux par Bartholomew et Horowitz (1991), soit: craintif et détaché. La définition du style d'attachement craintif correspond étroitement à la définition du style évitant dans la classification de Hazan et Shaver (1987).

En 1994, Griffin et Bartholomew reprennent ce modèle en quatre quadrants pour le simplifier en deux dimensions continues. Cette nouvelle classification offre plus de flexibilité et reconnaît que la majorité des individus exhibent des éléments appartenant à plus d'un style d'attachement. En utilisant deux axes de mesure, ils regroupent sur un continuum le style sécurisant et craintif et sur l'autre continuum le style détaché et préoccupé. L'attribution d'un style d'attachement peut donc se faire en utilisant deux continuums plutôt qu'un cadre de dimensions mutuellement exclusives.

La recension des méthodes employées à l'intérieur de publications s'intéressant aux variables d'attachement révèle une application très diversifiée des différentes mesures d'attachement. En effet, chaque étude semble choisir les instruments en deux, trois ou quatre catégories selon ses préférences personnelles, la classification tripartite de Hazan et Shaver (1987) étant la plus utilisée. La présente recherche a donc opté pour le questionnaire en trois styles d'attachement de Hazan et Shaver (1987). Considérant les recommandations de Griffin et Bartholomew (1994), une évaluation des dimensions d'attachement selon deux axes sera également prise en compte. Ensemble, elles permettront une évaluation plus complète du concept d'attachement.

L'engouement pour l'étude de l'attachement adulte a amené les chercheurs à comparer le comportement d'individus de différents styles d'attachements sur diverses variables. Mikulincer et al. (1990) ont choisi d'examiner les relations entre les styles d'attachement et la crainte de sa propre mort. Ils ont trouvé que les personnes qui ont un style d'attachement sécurisant ressentent moins la peur de mourir que celles qui ont un attachement non sécurisant. Lors d'une autre recherche, Mikulincer, Florian et Weller (1993) ont également soulevé une association entre le style d'attachement, le niveau d'anxiété, de dépression, d'hostilité et de somatisation exprimés par des étudiants qui ont subi, en 1991, la guerre du Golf en Israël. Encore une fois, ils démontrent que les personnes ayant un style d'attachement sécurisant se disent moins soumises aux manifestations précédemment énumérées que celles ayant un style d'attachement non



sécurisant. Les conclusions de ces études confirment donc la présence de schémas cognitifs spécifiques à chacun des styles d'attachement adultes, similaires à ceux observés chez l'enfant.

D'un autre côté, l'attachement chez l'adulte constitue également un cadre théorique novateur pour mieux comprendre les relations de couple. Certains chercheurs ont démontré une association entre les styles d'attachement des conjoints et les variables reliées à la sélection du partenaire, au fonctionnement et à la satisfaction conjugale (Fuller & Fincham, 1995; Lapointe, Lussier, Sabourin, & Wright, 1994; Senchak & Leonard, 1992). Selon Feeney et Noller (1990), chacun des styles d'attachement endossé par les conjoints se manifeste de façon particulière à l'intérieur d'une relation conjugale. Après avoir interrogé 374 étudiants au baccalauréat en psychologie sur leurs histoires d'attachement ainsi que sur leurs relations amoureuses, les résultats qui en émanent permettent d'affirmer que les individus du style sécurisant rapportent des expériences interpersonnelles positives teintées de confiance et d'ouverture, alors que les non sécurisants expriment davantage d'insatisfaction et un partage d'intimité restreint avec le partenaire. De ces énoncés, les auteurs concluent en affirmant que le style d'attachement exerce une influence importante sur les relations entretenues avec les autres, particulièrement à l'intérieur de celles qui exigent un partage d'intimité.

À l'aide d'une étude longitudinale réalisée auprès de 144 couples, Simpson (1990) a vérifié si l'histoire d'attachement d'un individu influence son attachement subséquent au partenaire. La compilation des données démontre que ceux qui ont un style d'attachement sécurisant développent des relations stables caractérisées par un haut niveau de confiance, d'interdépendance, d'engagement et de satisfaction. Une relation inverse fut trouvée chez les individus des styles anxieux/ambivalent et évitant.

Par leur étude, Fuller et Fincham (1995) cherchent également à vérifier auprès de 53 couples mariés si les variables d'attachement peuvent être des facteurs prévisionnels de la satisfaction conjugale. Les résultats montrent que les épouses ayant un style d'attachement sécurisant évoque une satisfaction maritale plus grande que celles des styles anxieux/ambivalent et évitant. Par contre, aucune différence au niveau de la satisfaction conjugale ne fut trouvée avec les hommes. Hammond et Fletcher (1991) ont aussi examiné le lien entre les styles d'attachement et la satisfaction des partenaires dans leur relation. Les résultats démontrent que les conjoints qui ont un attachement moins évitant, moins anxieux/ambivalent et davantage sécurisant rapportent un plus haut niveau de satisfaction dans leur couple, qu'ils décrivent en termes plus positifs.

D'autres auteurs ont enrichi la compréhension du développement et de l'évolution d'une relation amoureuse en s'attardant à l'appariement conjugale des styles d'attachement. Ce genre d'analyse dyadique a appuyé la proposition selon laquelle les

styles d'attachement sont des facteurs actifs lors du choix d'un partenaire amoureux et de l'engagement dans la relation (Collins & Read, 1990; Feeney & Noller, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Kobak & Hazan, 1991; Senchack & Leonard, 1992; Simpson, 1990). Collins et Read (1990) précisent davantage cette affirmation en expliquant que c'est la similarité des styles d'attachement entre les conjoints qui serait le fondement de la formation des couples. En effet, Senchak et Leonard (1992) ont trouvé qu'une plus grande proportion de conjoints avec un style sécurisant s'associe à un conjoint également sécurisant. Par contre, cette relation n'est pas maintenue pour les personnes des styles anxieux/ambivalent et évitant. Senchak et Leonard (1992) ainsi que Simpson (1990) expliquent que les dyades dont les deux partenaires ont un style d'attachement sécurisant forment un couple qui fonctionne mieux (présence d'intimité et résolutions de conflits efficaces) que les couples composés d'un ou de deux membres avec un style d'attachement non sécurisant. Lapointe et ses collaborateurs (1994) appuient également cette idée en stipulant que la combinaison des styles d'attachement à l'intérieur d'une dyade amoureuse est significativement associée à l'adaptation conjugale. En conséquence, ceci engage un questionnement sur l'effet de l'appariement des styles d'attachement de la dyade thérapeutique sur l'évolution de cette dernière.

### Attachement au Thérapeute

Bien qu'il existe quelques études qui évaluent l'implication des styles

d'attachement adulte dans un contexte thérapeutique (Bartholomew & Thompson, 1995; Biringen, 1994; Dolan et al., 1993; Dozier et al., 1994; Farber et al., 1995; Holmes, 1993; Horowitz et al., 1993; Lopez, 1995; Mallinckrodt et al., 1995a; Pistole, 1989; Pistole & Watkins, 1995; Robbins, 1995; Rutter, 1995; Shaver & Norman, 1995; West et al., 1989), Mallinckrodt et al. (1995) sont les premiers à étudier le développement du concept d'attachement spécifique envers le thérapeute. Ils ont publié le Client Attachment to Therapist Scale (CATS), une mesure particulièrement sensible à la nature de la relation développée entre un client et son thérapeute. Selon eux, ce questionnaire se distingue des autres inventaires qui tentent aussi de mesurer la relation thérapeutique (Horvath & Greenberg, 1989) par le fait d'être directement inspiré par la théorie de l'attachement adulte de Hazan et Shaver (1987). Ainsi, ils prétendent que l'utilisation de ce concept relationnel comme base conceptuelle confère au CATS son côté novateur.

La nécessité de développer et de valider un instrument comme le CATS s'appuie sur diverses recherches observant l'implication clinique des styles d'attachement (Holmes, 1993; Lopez, 1995; Paterson & Moran, 1988; Pistole & Watkins, 1995; West et al., 1989) où le thérapeute et le client se retrouvent dans les artefacts d'une relation passée (Dolan et al., 1993). Ces démonstrations sont donc devenues le leitmotiv expérimental et clinique de Mallinckrodt et al., (1995). Selon ces chercheurs, le CATS a la particularité de mesurer la perception et les systèmes comportementaux utilisés par les clients afin de garder une proximité psychologique idéale au thérapeute. Ils affirment

donc que le CATS capte la relation d'attachement du client envers le thérapeute, un concept qu'ils distinguent de l'alliance thérapeutique.

### Alliance Thérapeutique

Cette section présente l'origine du concept de l'alliance et sa définition. Ensuite, une discussion conceptuelle tente d'éclaircir les rapports entretenus entre les variables d'alliance thérapeutique et d'attachement au thérapeute. Ceci est suivi par l'énumération de différentes variables qui ont un impact sur le développement de l'alliance, dont l'attachement. En dernier lieu, l'influence des différentes natures de l'appariement des styles d'attachement dans la dyade thérapeutique sur l'alliance est évoquée.

#### Conception Théorique

Un des concepts clés qui permet de comprendre et de bien décrire le processus et la relation psychothérapeutiques se retrouve sous l'appellation de l'alliance (Frieswyk et al., 1986; Gaston, 1990). La vision actuelle de celle-ci prend sa source dans la théorie psychanalytique. En fait, elle dérive du concept freudien qui fait référence aux sentiments d'affection et d'amitié éprouvés par le client face au thérapeute (Bachelor, Guérin, Théorêt, Poitras, & Tremblay, 1993). Freud et ses collègues psychanalystes

reconnaissaient déjà l'importance des aspects collaborateurs à l'intérieur du processus de psychothérapie. C'est toutefois en 1956 que Zetzel a introduit le concept de la relation thérapeutique. Il la définissait alors comme étant une relation de travail basée sur le respect, la confiance, la collaboration et l'engagement mutuels des participants (Foreman & Marmar, 1985; Klee et al., 1990). Selon lui, cette identification du client envers son thérapeute se fait par la répétition des aspects qui ont été centraux à la relation mère-enfant. Le terme d'alliance de travail (*working alliance*) fut toutefois proposé par Greenson (1965) qui affirmait que le rapport entre le client et le thérapeute était constitué d'une relation consciente et d'une relation inconsciente, deux composantes non exclusives mutuellement et essentielles au succès thérapeutique (Eaton, Abeles, & Gutfreund, 1988). Rapidement, le concept de l'alliance s'est propagé aux autres approches thérapeutiques.

Bien qu'il existe plusieurs définitions de l'alliance thérapeutique, les chercheurs s'entendent pour dire que c'est un procédé de collaboration où le client et le thérapeute développent un lien de confiance, en plus de négocier un contrat avec une convergence sur les buts à atteindre et un consensus sur les tâches à effectuer (Bordin, 1979; Gaston, 1990; Horvath & Symonds, 1991; Mallinckrodt, 1991; Satterfield & Lyddon, 1995). Le concept de l'alliance inclut donc la présence d'un engagement réciproque, une implication active des deux participants et un lien émotionnel en vue du mieux-être du client (Kokotovic & Tracey, 1990).

C'est en se basant sur la définition précédente que Mallinckrodt et al. (1995) mettent en relief les différences entre l'alliance thérapeutique et l'attachement au thérapeute. Selon eux, la relation d'attachement développée envers le thérapeute a pour finalité de mettre en place une proximité maximale afin de sécuriser le client dans l'exploration de sa souffrance. Parce que cette recherche du maintien d'une distance psychologique adéquate ainsi que le besoin d'être sécurisé sont les objectifs visés par les comportements d'attachement, ils croient que l'attachement qui se développe envers le thérapeute est un construit qui diffère de l'alliance thérapeutique. Cette dernière prenant appui sur les tâches et les buts définis à l'intérieur de la relation d'aide, ceux-ci deviennent parfois thérapeutiquement incompatibles au désir de rapprochement au thérapeute. En effet, il arrive fréquemment que la finalité d'une démarche de consultation soit d'éliminer les besoins de dépendance du client afin de le mener vers la voie de l'autonomie. D'un autre côté, Mallinckrodt et al. (1995) admettent l'existence d'un chevauchement possible entre les notions d'attachement au thérapeute et d'alliance. Ils soulèvent que le CATS pourrait mesurer la dimension du lien de confiance entre le thérapeute et son client qui est déjà inclu dans l'alliance. Toutefois, ils affirment avoir franchi un pas important dans la distinction des deux concepts. Alors que les questionnaires d'alliance ne font qu'évaluer la force de la relation, le CATS offre un résultat qualitatif sur la nature du lien d'attachement, à l'aide de leurs sous-échelles (Mallinckrodt et al., 1995a).

Malgré ces explications, Robbins (1995) s'interroge sur le réel parallélisme conceptuel entre l'attachement au thérapeute et l'alliance thérapeutique. Il suggère donc de vérifier la construction du CATS afin de voir expressément si ce nouvel instrument, encore peu utilisé, n'est pas seulement la mesure d'une des dimensions de l'alliance thérapeutique. Il suit également les recommandations de Mallinckrodt et al. (1995) en suggérant de s'attarder aux propriétés psychométriques du CATS afin de palier les faiblesses de sa validation première et de vérifier sa stabilité factorielle à l'aide de nouveaux résultats expérimentaux. Tel que suggéré, un objet de la présente étude est de fournir des résultats empiriques supplémentaires à la validation du CATS.

### Variables qui Influencent l'Alliance Thérapeutique

Comme brièvement exposées au premier chapitre, plusieurs variables de différences individuelles ont été identifiées comme ayant une influence sur la relation développée entre le client et son aidant (Alain, 1997; Dolan et al., 1993; Grencavage & Norcross, 1990; Kokotovic & Tracey, 1990; Piper et al., 1995; Stiles et al., 1986). Klee et ses collaborateurs (1990) ont trouvé que la capacité du client à entretenir des relations interpersonnelles stables et basées sur une confiance mutuelle est un pronostique favorable à l'alliance thérapeutique. La variation du degré d'engagement des clients se voit donc attribuable à la qualité de leurs relations primaires passées, à l'intérieur desquelles ils ont développé différents niveaux de tolérance à l'intimité et des désirs d'affiliation plus ou



moins grands (Al-Darmaki & Kivlighan, 1993; Kivlighan & Schmitz, 1992). En faisant référence à la dimension du lien émotionnel facilitant l'alliance thérapeutique, on évoque un concept qui serait un bien proche cousin du style d'attachement. Ainsi, malgré l'absence de référence directe à la théorie de l'attachement, les auteurs semblent partager l'idée que l'expérience d'attachement avec le parent est un facteur qui affecte la capacité du client à développer une alliance efficace, parce que le thérapeute et la relation thérapeutique sont soumis aux représentations mentales du client intégrées lors de l'attachement primaire (Mallinckrodt, 1991; Mallinckrodt et al., 1995b). Sur le plan théorique, il est donc plausible de tracer un lien entre le style d'attachement du client et l'évaluation que ce dernier fait de l'alliance thérapeutique (Dolan et al., 1993; Mallinckrodt et al., 1995; Satterfield & Lyddon, 1995).

Mallinckrodt et ses collègues (1995b) ont effectué une recherche leur permettant de statuer sur l'idée que les relations vécues étant jeune, avec les membres significatifs de la famille, sont de bons prédicteurs de la qualité de l'alliance thérapeutique développée en relation d'aide. Pour y arriver, ils ont sollicité 76 clientes d'un centre universitaire de consultation psychologique qui avaient toutes fait en moyenne huit entrevues. Avec l'administration du Parental Bonding Instrument (PBI; Parker, Tupling, & Brown, 1979) et du Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989), ils ont démontré que les liens parentaux d'attachement sont des prédicteurs significatifs de la force de l'alliance thérapeutique qui s'établit entre le client et son thérapeute.

Satterfield et Lyddon (1995) s'intéressent également à la manière dont les modèles personnels d'attachement des clients affectent la façon dont ils forment alliance avec leur thérapeute respectif. Soixante clients qui recevaient de l'aide thérapeutique dans une clinique de counseling universitaire auprès d'étudiants en formation ont répondu à des instruments auto-administrés d'attachement (Adult Attachment Scale, AAS; Collins & Read, 1990) et de l'alliance (Working Alliance Inventory, WAI; Horvath & Greenberg, 1989), suivant la troisième rencontre. Ils ont trouvé des corrélations significatives entre les échelles des deux questionnaires. Ainsi, ils affirment qu'il y a une relation positive entre la dimension de dépendance et l'alliance totale. Ceci leur permet de conclure que les clients ayant un style d'attachement caractérisé par un manque de confiance en la disponibilité des autres, en plus d'être indépendants, évaluent la relation thérapeutique en termes négatifs, ce qui peut mener à des réponses de changement non favorables.

Mallinckrodt et al. (1995b) affirment que c'est une erreur d'attribuer la responsabilité de la qualité de l'alliance thérapeutique uniquement aux caractéristiques des clients. D'autres chercheurs appuient ce point de vue et s'appliquent à regarder l'impact du style d'attachement des cliniciens sur la relation qu'ils entretiennent avec leurs clients. Tout comme ces derniers, les représentations mentales du thérapeute formées à partir de ses premières relations d'attachement sont éveillées en contexte thérapeutique. Dozier et al. (1994) observent aussi l'importance des organisations d'attachement des thérapeutes dans leur façon d'intervenir et de répondre au client. Ils stipulent que les thérapeutes

endossent leur rôle d'aidant en conformité avec leur propre style d'attachement activé dans leurs relations intimes. Selon eux, l'habileté des thérapeutes à servir de base sécurisante au client afin que celui-ci arrive à modifier et à atténuer la flexibilité des représentations mentales du soi et des autres est affectée par l'organisation propre de l'attachement du thérapeute. Dozier et al. (1994) tentent de voir la relation entre le style d'attachement du thérapeute et la nature de ses activités techniques (profondeur des interventions, l'attention portée aux besoins de dépendance exprimés par le client) afin de mesurer sa capacité de répondre thérapeutiquement à son client.

Les résultats de leur étude montrent que les thérapeutes du style sécurisant, ayant une perspective cohérente et non défensive de leurs expériences personnelles d'attachement, possèdent un bagage de ressources internes suffisant pour offrir un bon support au client en demande d'aide. Ils sont donc aptes à répondre thérapeutiquement à leurs besoins. Ils ont également plus de facilité à confronter les défenses affectant le cadre de travail ainsi qu'à s'attarder sur les paramètres qui régissent la relation thérapeutique. De leur côté, les cliniciens des styles non sécurisants répondent aux clients avec confluence, complémentarité et ils ont davantage tendance à percevoir des besoins de dépendance chez leurs clients qu'ils éviteront de confronter. Ces observations établissent donc un lien entre les styles d'attachement des thérapeutes, leurs activités techniques et la façon dont ils entrent en relation avec le client (Kivlighan & Schmitz, 1992). Toutefois, les auteurs ne font pas directement référence à l'impact que ces paramètres ont sur le développement proprement dit de l'alliance thérapeutique.

### Appariement des Styles d'Attachement

Puisque les partenaires amoureux ont tendance à se regrouper en fonction de la nature de leur style d'attachement respectif et puisque le processus thérapeutique est également un rapport interpersonnel, il s'avère essentiel de regarder le client et le thérapeute comme étant deux composantes de la dyade qui s'influencent mutuellement. Alors que les résultats trouvés entre le style d'attachement du client et l'alliance thérapeutique s'avèrent significatifs (Dolan et al., 1993; Mallinckrodt et al., 1995b; Satterfield & Lyddon, 1995), une importante dimension a été négligée par ces études: celle de l'appariement clinique du style d'attachement du thérapeute et du client. Pour vérifier la force de l'alliance, il y a lieu d'examiner la combinaison des facteurs mis à contribution par le thérapeute et son client (Frieswyk et al., 1986; Kokotovic & Tracey, 1990). Afin d'avoir une mesure qualitative juste de l'alliance thérapeutique, McCullough et al. (1991) appuient cette proposition et suggèrent d'observer l'interaction entre les deux membres de la dyade plutôt que de les prendre séparément.

L'attention portée à la dyade formée par un client et son thérapeute permet aux chercheurs de construire des cellules de différentes natures. L'utilisation de la variable d'attachement permet de diviser les différentes relations thérapeutiques en quatre catégories, soit: un thérapeute de style sécurisant avec un client du même style, un thérapeute de style sécurisant avec un client de style non sécurisant, un thérapeute de style

non sécurisant avec un client de style sécurisant ou un thérapeute non sécurisant avec un client du même style. Ainsi, il est conséquent de regarder si l'alliance a des cycles particuliers de développement selon le type d'appariement qui la sous-tend (Kivlighan & Shaughnessy, 1995).

Jusqu'à présent, les recherches ont mesuré le jumelage thérapeutique en fonction de diverses variables (les attentes, la motivation, l'ouverture, la confiance, les relations interpersonnelles passées et la complémentarité entre les besoins du client et les ressources du thérapeute) (Kivlighan, 1990). Par exemple, partant du fait qu'une relation d'aide est basée sur la conjonction entre deux personnes cherchant à trouver des solutions à un problème, Talley et al. (1990) trouvent que la relation entre le concept de soi du client et du thérapeute est associée au lien développé entre les deux membres. Al-Darmaki et Kivlighan (1993) observent aussi que plus les attentes face à la relation thérapeutique et à son efficacité sont congruentes entre le thérapeute et son client, plus l'alliance qui se développe est forte. De leur côté, Kiesler et Watkins (1989) ont démontré une association positive entre la complémentarité interpersonnelle (axes amicale-hostile et de dominance-soumission) du thérapeute et son client et leur perception réciproque de l'alliance thérapeutique.

Dolan et al. (1993; citant la thèse de doctorat de Dolan) arrivent à des résultats qui vont dans le même sens que ceux des auteurs précédents, bien que les leurs soient

plus mitigés. Même si le style d'attachement des clients, tel qu'évalué à l'aide d'une entrevue semi-structurée, ne prédit pas l'évaluation de la qualité de l'alliance thérapeutique par les clients, ils trouvent par contre que la perception que les thérapeutes ont de l'alliance est influencée par le style d'attachement de leurs clients. Plus le client est de style sécurisant, plus l'évaluation de l'alliance thérapeutique par le clinicien est évaluée positivement. L'intérêt particulier de cette étude est d'analyser, de façon concomitante, des variables du thérapeute avec des variables du client. Selon Dolan et al. (1993), leurs résultats préliminaires démontrent donc l'utilité clinique d'évaluer les styles d'attachement des clients et ils soulignent que ces renseignements sont d'une grande utilité pour appairer les thérapeutes à leurs clients.

L'appariement du style d'attachement du client avec celui de son thérapeute n'a donc pas encore été étudié en fonction du développement de l'alliance thérapeutique. Ainsi, l'attention que porte la présente étude aux manifestations d'attachement éveillées en contexte de psychothérapie, tant chez le client que chez le thérapeute, offre un côté novateur.

### Attachement, Alliance et Changement Thérapeutique

Cette section s'attarde aux facteurs ayant une influence sur les réponses de changement des clients et à la proposition que l'alliance joue un rôle de modérateur entre

les styles d'attachement et le changement thérapeutique. Les chercheurs s'intéressant au processus psychothérapeutique ont utilisé divers indices afin de comprendre le fonctionnement du changement à l'intérieur d'une relation d'aide. Alors que certains ont mis en lumière les techniques utilisées par le thérapeute, ses gestes chaleureux, son soutien et son niveau d'expérience, d'autres ont plutôt souligné l'importance des caractéristiques personnelles du client, son niveau de détresse, ses traits de personnalité ainsi que sa motivation, son implication et sa collaboration à la démarche (Dumka et al., 1995; Hanna & Ritchie, 1995; Kivlighan, 1990; Klee et al., 1990). Selon ces recherches, chacun de ces facteurs est vu comme étant nécessaire mais non suffisant à influencer un changement chez le client.

En comparaison à ces indices, c'est l'alliance thérapeutique qui a été majoritairement retenue comme une variable influençant le processus de changement chez un client. C'est le cas d'Horvath et Symonds (1991) qui ont répertorié vingt-quatre études qui mettent en relation la qualité de l'alliance thérapeutique avec les réponses de changement. À l'aide d'une *méta-analyse*, ils ont démontré que la nature de l'alliance thérapeutique est un facteur relié aux résultats finaux d'une psychothérapie. Les auteurs expliquent ce lien par le fait que l'alliance est un processus qui met en place un environnement ainsi qu'un rapport interpersonnel réconfortant, permettant au client de mieux tolérer l'anxiété éveillée par le travail thérapeutique (Mallinckrodt, 1993).

L'état actuel de la recherche soulève un questionnement important sur la valeur de différents modèles relationnels, laissant place à plusieurs interrogations sur les rôles de l'attachement et de l'alliance dans la prédiction des réponses de changement. Un de ces modèles pourrait permettre d'observer si l'attachement et l'alliance apportent des contributions additives significatives à l'explication des réponses de changement, modèle linéaire qui suivrait ainsi les recommandations d'Horvath et Symonds (1991).

D'un autre côté, certains chercheurs attribuent à l'alliance le rôle de facilitateur de changement dans le procédé thérapeutique (Foreman & Marmar, 1985; Gaston, 1990; Kokotovic & Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1993), ce qui permet de croire qu'il n'y a pas seulement une contribution additive des variables d'attachement et d'alliance pour prédire les réponses de changement. Ainsi, considérant que les difficultés mentionnées lors de la première entrevue clinique réfèrent souvent à des problèmes au niveau des relations interpersonnelles (Horowitz et al., 1993; Mallinckrodt, 1996) et que la qualité de ces relations (p.ex., la nature du style d'attachement) est reconnue comme étant un prédicteur significatif de la nature de l'alliance, il est possible que cette dernière ait comme fonction de faire fluctuer, c'est-à-dire d'augmenter ou de diminuer, la relation entre l'attachement et les réponses de changement. Dans un tel modèle, l'alliance thérapeutique est donc vue comme étant une variable modératrice qui affecte la direction ou la force de la relation qui relierait plus particulièrement les styles d'attachement non sécurisant aux réponses de changement. Par exemple, dans le cas des clients dont le style d'attachement



est non sécurisant, il est possible de croire que la mise en place d'une bonne alliance thérapeutique modifiera les effets négatifs reliés à ce style et accroîtra la perception positive des réponses de changement. Inversement, l'incapacité de développer une alliance positive accentuera la relation négative entre l'attachement non sécurisant et les réponses de changement.

### Objectifs et Hypothèses

Les sections précédentes ont jeté les bases théoriques et empiriques qui soutiennent et justifient les relations entre les différentes variables mises à l'étude. L'élaboration et l'organisation de cette revue de la documentation permet ainsi de proposer cinq objectifs de recherche traitant des relations entre l'attachement, l'alliance thérapeutique et la perception de changement.

Un premier objectif consiste à examiner la nature des relations entre les trois styles d'attachement des clients, leurs dimensions d'attachement et leurs cotes d'attachement au thérapeute. D'abord, nous allons vérifier la convergence entre la mesure catégorielle d'attachement et la mesure dimensionnelle. À cet effet, deux hypothèses sont émises.

1- Les clients dont les styles d'attachement sont évitant et anxieux/ambivalent obtiendront une cote moyenne sur la dimension d'attachement sécurisant/craintif significativement plus élevée à celle du style sécurisant.

2- Les clients dont le style d'attachement est anxieux/ambivalent obtiendront une cote moyenne sur la dimension détaché/préoccupé significativement plus élevée à celle des clients des styles sécurisant et évitant.

Dans un deuxième temps, nous allons examiner la correspondance entre la mesure catégorielle d'attachement et la mesure de relation spécifique d'attachement envers le thérapeute. Trois hypothèses sont formulées.

3- Les clients dont le style d'attachement est sécurisant obtiendront des cotes d'attachement sécurisant envers leur thérapeute significativement plus élevées que celles des clients des styles d'attachement anxieux/ambivalent et évitant.

4- Les clients dont le style d'attachement est anxieux/ambivalent obtiendront des cotes d'attachement préoccupé/fusionné envers leur thérapeute significativement plus élevées que celles des clients affichant les styles d'attachement sécurisant et évitant.

5- Les clients dont le style d'attachement est évitant obtiendront des cotes d'attachement évitant/craintif envers leur thérapeute significativement plus élevées que celles des clients affichant les styles d'attachement sécurisant et anxieux/ambivalent.

En troisième lieu, nous allons examiner les relations entre l'instrument évaluant les dimensions d'attachement et la mesure de la relation spécifique d'attachement au thérapeute. Deux hypothèses sont formulées.

6- Plus les clients auront une cote élevée sur la dimension d'attachement sécurisant/craintif, moins ils auront un attachement au thérapeute sécurisant et plus ils auront un attachement au thérapeute évitant/craintif.

7- Plus les clients présenteront une cote élevée sur la dimension d'attachement détaché/préoccupé, plus ils auront un attachement au thérapeute préoccupé/fusionné et moins ils auront un attachement au thérapeute évitant/craintif.

Le deuxième objectif consiste à examiner les différences entre l'évaluation que les clients font de leur mode d'attachement quant à leur alliance thérapeutique et à leurs réponses de changement. Tout d'abord, nous visons à vérifier si les clients des trois styles d'attachement diffèrent au niveau des mesures d'alliance et des réponses de changement. Trois hypothèses sont proposées.

8- Les clients dont le style d'attachement est sécurisant développeront une alliance thérapeutique significativement plus forte que celle des clients des styles d'attachement anxieux/ambivalent et évitant.

9- Les clients dont le style d'attachement est sécurisant démontreront des réponses de changement significativement plus élevées que celles des clients des styles d'attachement anxieux/ambivalent et évitant.

Pour cette seconde section, la formulation d'un rationnel découlant du jeu des relations entre l'attachement, l'alliance et les réponses de changement s'impose. Chez les clients affichant un attachement plutôt sécurisant, l'on s'attend à ce qu'ils développent une alliance élevée envers leur thérapeute, ce qui favorisera l'apparition significative de changements. À l'opposé, les clients qui démontrent un attachement davantage craintif devraient s'allier très faiblement à leur thérapeute et par conséquent présenter peu de réponses de changement à la fin des consultations. De leur côté, les clients plutôt préoccupés devraient tisser un lien thérapeutique très fort étant donné leur immaturité, leur dépendance à l'autre et leur grand besoin de fusion. Par contre, leur absence d'autonomie, leur sentiment d'inadéquation ainsi que leur manque d'estime personnel les amèneront à se retirer dans une position défensive. Ce recul imprégné de passivité, malgré une union au thérapeute imposante, viendra donc possiblement inhiber l'apparition des changements prévus à la fin de la psychothérapie.

En deuxième lieu, nous allons donc nous attarder aux relations entre, d'une part, les dimensions d'attachement et, d'autre part, l'alliance thérapeutique et les réponses de changement. Pour y arriver, quatre hypothèses sont formulées.

10- Plus les clients auront des cotes élevées sur la dimension d'attachement sécurisant/craintif, moins leur alliance thérapeutique sera élevée.

11- Plus les clients auront des cotes élevées sur la dimension d'attachement détaché/préoccupé, plus leur alliance thérapeutique sera élevée.

12- Plus les clients auront des cotes élevées sur la dimension d'attachement sécurisant/craintif, moins leurs réponses de changement seront élevées.

13- Plus les clients auront des cotes élevées sur la dimension d'attachement détaché/préoccupé, moins leurs réponses de changement seront élevées.

Un troisième objectif consiste à vérifier la relation entre l'alliance thérapeutique. Pour ce faire, une hypothèse est formulée.

14- Plus les clients auront une cote d'alliance thérapeutique élevée, plus ils démontreront des réponses de changement élevées.

Un quatrième objectif consiste à vérifier la validité du concept d'attachement au thérapeute. Pour ce faire, une hypothèse peut être formulée.

15- L'attachement au thérapeute se distinguera de l'alliance thérapeutique.

Un cinquième objectif porte sur l'examen de l'appariement des thérapeutes et de leurs clients en fonction de leurs styles d'attachement sur les variables d'alliance thérapeutique et de perception de changement. Deux hypothèses sont formulées.

16- Les dyades composées d'un thérapeute et d'un client ayant tous les deux un style d'attachement sécurisant rapporteront une plus forte alliance thérapeutique comparativement aux dyades constituées d'un ou deux membres avec un style d'attachement non sécurisant (anxieux/ambivalent, évitant).

17- Les dyades composées d'un thérapeute et d'un client ayant tous les deux un style d'attachement sécurisant rapporteront des réponses de changement plus fortes comparativement aux dyades constituées d'un ou deux membres avec un style d'attachement non sécurisant (anxieux/ambivalent, évitant).

Enfin, à partir des recommandations des auteurs, un sixième objectif consiste à examiner deux modèles pour rendre compte du jeu des relations entre les dimensions d'attachement et l'alliance thérapeutique dans la prédiction des réponses de changement.

Un premier modèle suggère que l'attachement et l'alliance thérapeutique contribueront tous les deux de façon significative à l'explication des réponses de changement.

Un deuxième modèle stipule que l'effet d'interaction entre les dimensions d'attachement et l'alliance thérapeutique permettra d'expliquer une portion significative de la variance associée aux réponses de changement. Ainsi, à l'aide de la stratégie proposée par Aiken et West (1991), nous allons vérifier si l'alliance thérapeutique occupe la fonction de variable modératrice dans la relation entre les dimensions d'attachement chez le client et les réponses de changement.

## Méthode



Ce second chapitre présente la méthode et renvoie aux divers éléments qui ont servi à la réalisation de la présente recherche. Il offre donc une description des différentes données relatives à l'échantillon des participants, aux instruments de mesure ainsi qu'au déroulement de l'expérience.

### Participants

L'échantillon se subdivise en deux groupes qui seront libellés ainsi: les thérapeutes-stagiaires et les clients. À la passation initiale, le premier groupe se compose de 176 étudiants en formation au niveau de la troisième année du baccalauréat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières [41 hommes (23%) et 135 femmes (77%)] âgés entre 21 et 52 ans. L'âge moyen des participants est de 24.51 ans ( $ET = 5.39$  ans). Ces thérapeutes en formation sont tous inscrits au cours de Techniques d'entrevue II (concentration adulte et gérontologie). Ils ont en moyenne 16.54 années de scolarité ( $ET = 1.42$  années) et un revenu personnel moyen de 9107\$ ( $ET = 4257.93$ ). La majorité provient d'un milieu familial de niveau socio-économique moyen.

En ce qui a trait au deuxième groupe représenté par les clients, l'échantillon initial comprend 133 individus [25 hommes (19%) et 107 femmes (81%)] participant à une démarche de relation d'aide. Ils sont âgés entre 16 et 64 ans avec un âge moyen de

28.32 ans ( $ET = 12.61$  ans). Ils ont complété en moyenne 14.4 années de scolarité ( $ET = 2.22$  années) et ils ont un revenu personnel moyen de 9640\$ ( $ET = 7302.11$ ). Majoritairement, ils proviennent d'un milieu familial de niveau socio-économique moyen.

### Déroulement

Les démarches expérimentales ont été entreprises lors de la deuxième semaine de la session d'hiver 1996, soit le 15 janvier. Les thérapeutes-stagiaires ont été rencontrés lors de leur second cours de Techniques d'entrevues II. La collaboration de chacun a été sollicitée afin qu'ils s'engagent dans une étude portant sur la relation thérapeute-client dans le cadre des services de consultation offerts gratuitement où chaque thérapeute doit rencontrer un client hebdomadairement pendant 9 à 10 semaines. Ces clients ont été recrutés par le biais d'une annonce dans les journaux locaux et universitaires. Ils ont par la suite reçu les informations et les formulaires nécessaires à leur participation par l'intermédiaire de leurs thérapeutes-stagiaires respectifs.

Sur la première page des questionnaires, une lettre de présentation informait les thérapeutes-stagiaires que leur démarche de relation d'aide était tout à fait indépendante de la recherche et que le contenu des échanges avec leurs clients en était entièrement exclus (voir Appendice A). Une lettre similaire, adaptée à la situation des clients, accompagnait leur propre questionnaire. Après avoir été mis au fait de toutes les

modalités de participation, le choix de prendre part à l'expérimentation s'est fait de façon volontaire et s'accompagnait de la signature d'un formulaire de consentement (voir Appendice A)

En recevant la première série de questionnaires, il était spécifié aux thérapeutes-stagiaires d'y répondre avant leur première entrevue. La semaine suivante, ils ont reçu les enveloppes contenant sous pli les questionnaires s'adressant à leurs clients et qu'ils devaient remettre lors de l'entrevue d'accueil. La deuxième série a été distribuée au courant de la semaine du 12 février et devait être remplie au moment où les dyades thérapeute-client en étaient à leur cinquième entrevue. Pour ce qui est des derniers questionnaires, ils ont été remis à partir du premier avril et devaient être complétés après la rencontre finale, soit à la dixième entrevue. Au même moment, les expérimentateurs ont mis les participants au courant qu'une compensation monétaire (20 prix de 20 dollars) serait tirée à la fin de la recherche parmi tous les participants ayant fait parvenir les deux premières séries de questionnaires afin de les remercier de leur précieuse collaboration. Entre chacune des passations, des rappels ont été faits par le biais de mémos et de visites dans les groupes de supervision afin de stimuler le retour des questionnaires.

Pour bien assurer la logistique de l'expérimentation tout en préservant la confidentialité des participants, les thérapeutes-stagiaires étaient repérés à l'aide d'un pseudonyme et d'un code alors que les clients s'étaient vu attribuer uniquement le code

de leurs thérapeutes-stagiaires. Les expérimentateurs n'ont donc eu aucun contact direct avec les clients de façon à préserver leur anonymat et le caractère confidentiel de leur consultation. De plus, afin de favoriser la confiance de chacun des répondants, le retour des questionnaires sous scellés se faisait par courrier interne pour les thérapeutes-stagiaires et par la poste pour les clients. Au départ, 16 étudiants ont refusé de s'engager et aucun sujet n'a été exclu. La première passation a donc permis de recruter 176 questionnaires thérapeutes sur une possibilité de 192 et 133 questionnaires clients, ce qui a permis de constituer 123 dyades complètes. Lors de la deuxième passation, 149 thérapeutes-stagiaires (85% de l'échantillon initial) ainsi que 116 clients (87% de l'échantillon initial) ont renvoyé leurs questionnaires, ce qui a permis de conserver 103 dyades. La dernière étape a été complétée par 130 thérapeutes-stagiaires (74% de la première passation et 87% de la deuxième passation) et 86 clients (65% de la première passation et 74% de la deuxième passation), regroupés sous 75 dyades.

### Instruments de Mesure

En plus d'un questionnaire socio-démographique, cinq autres instruments de mesure ont été utilisés: deux questionnaires d'attachement (Lussier, 1996; Hazan & Shaver, 1987), un questionnaire d'attachement au thérapeute (Mallinckrodt et al., 1995), un questionnaire sur l'alliance thérapeutique (Gaston et al., 1988) et un questionnaire de réponses de changement (Dumka et al., 1995).

### Attachement

L'attachement est évalué de deux façons, soit: par une mesure catégorielle et une mesure dimensionnelle. L'instrument d'évaluation des styles d'attachement, sous forme catégorielle, développé par Hazan et Shaver (1987) a été rempli par les clients et les thérapeutes-stagiaires à la première ainsi qu'à la troisième passation. Il consiste en trois descriptions qui correspondent à chacune des catégories d'attachement, soit: sécurisant, anxieux/ambivalent et évitant. Les sujets doivent choisir le prototype qui les caractérise le mieux.

Les propriétés psychométriques de cette mesure discrète de l'attachement ont été évaluées dans plusieurs études (p.ex., Kobak & Hazan, 1991; Lapointe et al., 1994; Mikulincer & Erev, 1991; Pistole, 1989; Senchak & Leonard, 1992; Shaver & Brennan, 1992). Sur le plan de la fidélité, le coefficient de stabilité test-retest varie entre .60 et .70 (Pistole, 1989) sur une période d'une semaine. Après deux ans, le coefficient de stabilité temporelle atteint .65 (Fuller & Fincham, 1995) et .70 après une période de quatre ans (Kirkpatrick & Hazan, 1994). Pour ce qui est de la validité de cet instrument, elle est appuyée par des prévalences similaires des trois styles d'attachement retrouvés dans l'étude de Hazan et Shaver (1987) et dans des études sur l'attachement mère-enfant. Au niveau de la validité concomitante, on retrouve un lien satisfaisant entre le style d'attachement et les concepts comme l'histoire d'attachement, les modèles mentaux de

soi et des autres ainsi que la relation développée entre le client et son thérapeute (Kobak & Hazan, 1991; Mallinckrodt et al., 1995; Senchak & Leonard, 1992; Pistole, 1989).

Le questionnaire d'évaluation des dimensions de l'attachement (Lussier, 1996) se compose de vingt-neuf énoncés accompagnés d'une échelle graduée de 1 (*ne s'applique pas du tout*) à 7 (*s'applique totalement*). Cet instrument dimensionnel reprend les trois descriptions de Hazan et Shaver (1987) et les décompose en 15 énoncés (Lapointe et al., 1994). De plus, il comprend 14 éléments provenant du questionnaire d'attachement de Griffin et Bartholomew (1994). Dans les études qui utilisent cette fragmentation des énoncés, les coefficients de cohérence interne varient entre .77 et .83 (Lapointe et al., 1994; Mikulincer & Erev, 1991; Mikulincer et al., 1990). Pour cette expérimentation, les thérapeutes-stagiaires et les clients ont répondu à ce questionnaire à la première et à la dernière passation.

Pour la présente étude, une analyse factorielle en composante principale avec une rotation oblique et un choix forcé à deux facteurs a permis de regrouper les énoncés du test. Les énoncés devaient avoir une pondération supérieure à .30 sur leurs facteurs respectifs afin d'être retenus. Deux énoncés ont été éliminés en raison d'une saturation insuffisante. On retrouve le facteur sécurisant/craintif (18 énoncés), qui explique 19,3% de la variance, et le facteur détaché/préoccupé (9 énoncés) qui ajoute 8,7% de variance expliquée, pour un totale de 28%. Une corrélation entre les deux sous-échelles est trouvée

( $r(131) = .23, p < .01$ ). Pour chacune des sous-échelles, on retrouve respectivement un coefficient de cohérence interne de .83 et de .72. Un score élevé sur la dimension sécurisant/craintif indique que le répondant se retrouve sur l'extrémité craintif du continuum, alors que sur la dimension détaché/préoccupé, ceci signifie qu'il se situe au pôle détaché.

### Attachement au Thérapeute

Le Client Attachment to Therapist Scale (CATS) a été développé et validé par Mallinckrodt et al. (1995). Cet instrument vise à mesurer la relation spécifique d'attachement qu'un client développe envers son psychothérapeute en se basant sur la typologie de l'attachement adulte développée par Bartholomew et Horowitz (1991). Il est composé de 36 énoncés, tous accompagnés d'une échelle graduée de 1 (fortement en accord) à 6 (fortement en désaccord), qui se rapportent à la façon dont le client se sent face à son thérapeute. Les clients y répondent à la deuxième passation, c'est-à-dire après à la cinquième entrevue.

À l'aide d'une analyse factorielle en composante principale avec une rotation oblique et l'utilisation du test des éboulements de Cattell (1966), Mallinckrodt et al. (1995) ont trouvé trois facteurs à l'intérieur desquels les énoncés du test se distribuaient. Il y a le facteur sécurisant (14 énoncés) qui fait référence à la perception que le client se

fait de son thérapeute comme étant sensible, compréhensible et émotionnellement disponible (p.ex., «mon thérapeute est digne de confiance»). Le style évitant/craintif (12 énoncés) craint que le thérapeute le désapprouve, le rejette, l'humilie et lui fasse du mal (p.ex., «quelquefois j'ai peur que si je déplaïs à mon thérapeute qu'il me rejette»). Les dix derniers énoncés se définissent sous la rubrique préoccupé/fusionné. On y retrouve des clients qui désirent ne faire qu'un avec leur thérapeute, briser les règles du cadre thérapeutique et qui se préoccupent des autres clients (p.ex., «je me pose souvent des questions au sujet des autres clients de mon thérapeute»). Selon Mallinckrodt et al. (1995), les coefficients de cohérence interne pour chacune des sous-échelles sont respectivement de .64, .63 et .81 et de .84, .72 et .86 pour la fidélité du test-retest après une période de trois semaines.

Dans la présente étude, une analyse factorielle en composante principale avec une rotation oblique a été retenue, permettant un regroupement des énoncés similaires à celui trouvé par les auteurs de l'instrument. À l'aide d'un choix forcé à trois facteurs, seul les énoncés avec une saturation plus grande que .40 ont été conservés. Trois questions de l'inventaire original ont donc été retirées parce qu'ils obtenaient des coefficients de saturation sur plus d'un facteur. Les trois échelles d'attachement au thérapeute ainsi obtenues ont reçu les libellés suivantes: sécurisant, préoccupé/fusionné et évitant/craintif. L'échelle d'attachement au thérapeute sécurisant se compose de seize énoncés qui expliquent 19.4% de la variance, l'échelle d'attachement au thérapeute



préoccupé/fusionné regroupe huit énoncés qui rendent compte de 14.9% de la variance et le facteur d'attachement au thérapeute évitant/craintif répond à 6.1% de la variance à l'aide des huit énoncés retenus pour un total de 39.5% de la variance expliquée. La consistance est de .89 pour l'attachement au thérapeute sécurisant, .80 pour l'attachement au thérapeute préoccupé/fusionné et de .76 pour l'attachement au thérapeute évitant/craintif.

### Alliance Thérapeutique

L'alliance thérapeutique qui se développe entre le client et son thérapeute-stagiaire lors de la démarche de psychothérapie est mesurée par le California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS) (Gaston et al., 1988). Cet inventaire se présente sous deux versions en fonction du thérapeute (CALPAS-T) et du client (CALPAS-C) (Gaston, 1991; Marmar, Gaston, Gallagher, & Thompson, 1989). La version du thérapeute est composée de 24 énoncés tous accompagnés d'une échelle graduée de 1 (*pas du tout*) à 7 (*très bien*), alors que celle du client contient le même nombre d'énoncés mais il est accompagné d'une échelle de 1 (*pas du tout*) à 7 (*beaucoup*). Les deux membres de la dyade ont répondu au CALPAS à la deuxième et à la troisième étape de l'expérimentation ( $r(116) = .88, p < .001$ ).

Gaston et al. (1988) ont fait une analyse factorielle en composante principale avec une rotation varimax sur chacune des versions et ils ont démontré que les énoncés des questionnaires se regroupent en quatre dimensions théoriques (six énoncés chacune) qui décrivent le concept de l'alliance. Pour les versions client et thérapeute, la première dimension est la capacité de travail du client qui se définit par son ouverture, sa facilité à réfléchir et à sa réception aux commentaires du thérapeute (*working alliance*). Les énoncés font alors référence à la confiance que le client a en ses efforts pour arriver à des réponses de changement intéressantes, à son intention de faire des sacrifices (temps et argent), à la confiance qu'il a en l'efficacité thérapeutique de sa démarche, à l'importance qu'il accorde à celle-ci et à l'implication qu'il démontre malgré les moments d'exploration plus difficiles.

La deuxième dimension se réfère à l'engagement du client et évalue sa capacité d'accorder de la valeur à la psychothérapie, à y percevoir de l'espoir et à croire qu'elle est un facteur déterminant dans l'amélioration de sa situation (alliance thérapeutique). Les énoncés correspondant tentent de mesurer la capacité d'ouverture du client d'observer ses propres réactions, d'offrir du matériel de travail intéressant, de vivre des émotions modulées et de travailler activement à la solution du problème. La troisième dimension, le consensus sur les stratégies et les buts de la démarche, se définit par l'entente mutuelle entre les deux membres de la dyade sur les résultats attendus à la fin de la psychothérapie et la façon d'y arriver. La dernière dimension inclut tous les facteurs qui font référence

à la compréhension et à l'implication du thérapeute et ceci en regard de son empathie, de son respect, de son acceptation inconditionnelle et de sa volonté à s'engager en vue du mieux-être du client (contribution du thérapeute à l'alliance).

Gaston (1991) rapporte que l'alpha de Cronbach pour l'échelle totale du CALPAS-C est de .84 et les sous-échelles varient entre .43 et .73, les plus faibles étant la capacité de travail du client ainsi que l'implication et la compréhension du thérapeute. Pour ce qui est de la validité de critère, elle ne trouve pas de corrélation avec l'âge, le sexe, l'éducation, les revenus, ni le statut marital. Également, aucune relation significative n'a été notée avec le nombre de rencontres effectuées, la désirabilité sociale et les années de pratique ainsi que l'orientation théorique du thérapeute. Les sous-échelles sont également toutes corrélées négativement avec la symptomatologie du client. Par contre, les résultats au CALPAS-C sont reliés à la satisfaction du client des services reçus en relation d'aide. En dépit de ces procédures statistiques, l'auteur entrevoit toutefois l'utilité de faire une analyse factorielle confirmatoire sur les conceptions théoriques qui soutiennent le CALPAS-C. Étant donné l'intercorrélation entre les sous-échelles, Gaston (1991) croit possible qu'une analyse factorielle, avec une rotation oblique, appuie plutôt un modèle d'alliance thérapeutique à deux niveaux.

Pour la présente étude, une analyse factorielle en composante principale avec une rotation varimax à quatre choix forcés a bien reproduit les facteurs du CALPAS-T,

initialement construits par Gaston (1991). Cette version du thérapeute a une cohérence interne de .87 pour la sous-échelle de la capacité de travail du client, de .89 pour l'engagement du client, de .71 pour le consensus sur les stratégies et les buts de la démarche, de .73 pour la compréhension et l'implication du thérapeute et finalement de .92 pour l'échelle globale. Pour ce qui est de la version client du CALPAS, les analyses effectuées en quatre choix forcés n'ont pas permis de reproduire adéquatement les dimensions factorielles de l'auteur et ce, malgré une cohérence interne respective des sous-échelles de .50, .70, .76, .65 et de .88 pour l'échelle globale. Les analyses factorielles en deux et en trois choix forcés n'offrant qu'une reproduction guère plus adéquate, seules les échelles totales des deux versions seront utilisées pour les fins de la recherche présente. Cette procédure, respectant les recommandations de Gaston (communication personnelle, février, 1997), assure ainsi une meilleure homogénéité et fiabilité des mesures utilisées.

### Changement

L'échelle de changements thérapeutiques de Dumka et al. (1995) vise à mesurer le degré de changement du problème présenté comme étant le motif de consultation en début de thérapie. Cet inventaire d'auto-évaluation est composé de 16 énoncés qui se répondent sur une échelle graduée de 1 (*fortement en désaccord*) à 7 (*fortement en accord*). Une analyse factorielle en composante principale avec une rotation oblique a

permis aux auteurs de regrouper les différents énoncés en quatre dimensions. La première dimension, l'optimisme face aux changements attendus, correspond à la croyance qu'il résultera une amélioration de la situation problématique après une démarche thérapeutique. Le progrès perçu est la deuxième dimension et fait référence à l'évaluation de l'atteinte du niveau de changement désiré. Le sentiment de compétence représente la troisième dimension et mesure la capacité du client à pouvoir faire ce qui est nécessaire afin de régler son problème. La dernière sous-échelle, l'effort et la persistance, mesure le maintien et l'implication du client à l'intérieur de sa propre démarche thérapeutique.

Dans cette version originale, la cohérence interne de l'ensemble du questionnaire est de .93 alors qu'elle est de .81 pour la sous-échelle de l'optimisme, .88 pour celle du progrès perçu, .81 pour celle du sentiment de compétence et de .84 pour celle de l'effort et la persistance (Dumka et al., 1995).

Pour la présente étude, une analyse factorielle avec une rotation oblique a plutôt fait ressortir une structure en deux facteurs. Deux énoncés ont été retirés car ils avaient une saturation inférieure à .40. Le premier facteur regroupe huit énoncés, tous initialement inclus dans les sous-échelles de l'optimisme et du progrès perçu. Le deuxième facteur est constitué de six énoncés, provenant tous des sous-échelles du sentiment de compétence ainsi que de l'effort et de la persistance. La cohérence interne est respectivement de .88 et de .69 pour les deux sous-échelles.

Le questionnaire de changements thérapeutiques de Dumka et al. (1995) a été complété uniquement par les clients et ce, à la deuxième passation et après leur dernière entrevue ( $r(80) = .60, p < .001$ ). Pour s'adapter au contexte d'une fin de consultation, quatre énoncés ont dû être retirés de l'instrument original. Une analyse factorielle sans choix forcé a été effectuée. À l'exception de l'item 5 qui a été retiré car il a une saturation inférieure à .30, tous les autres se sont retrouvés sur un facteur qui a une racine latente de 6.08 et un pourcentage de variance expliquée de 51%. La fidélité du questionnaire à la troisième passation est de .89.

## Résultats

Ce chapitre présente l'analyse des résultats en fonction de chacun des objectifs et des hypothèses de recherche. Il comporte sept sections. Avant d'aborder les objectifs proprement dits, il y a lieu de présenter la distribution initiale des thérapeutes-stagiaires et de leurs clients en fonction des styles d'attachement. Par la suite, une comparaison de celle-ci avec la distribution, retrouvée à la fin des consultations, permettra la vérification de la stabilité temporelle des styles d'attachement en plus d'offrir la possibilité de statuer sur le taux d'abandon des clients au cours de l'expérimentation. La deuxième section de ce chapitre vérifie la nature des liens existant entre les styles d'attachement, les dimensions d'attachement et l'attachement au thérapeute. Pour continuer, la troisième section examine les différences entre l'attachement des clients quant à leur évaluation de l'alliance thérapeutique et aux réponses de changement.

Pour sa part, la quatrième section présente les relations entre l'alliance thérapeutique et les réponses de changement; la cinquième section, quant à elle, débute par des analyses qui tentent d'éclaircir la nature des rapports entre les concepts d'attachement au thérapeute et d'alliance thérapeutique. Elle cherche aussi à vérifier la validité du concept d'attachement au thérapeute. La sixième section suit par la présentation de l'appariement des thérapeutes-stagiaires et de leurs clients en fonction de leur style d'attachement respectif et se clôt par l'analyse de l'influence de la nature de cet



appariement sur le développement de l'alliance thérapeutique, ainsi que sur la perception de changement. En dernier lieu, la septième section examine empiriquement deux modèles afin de rendre compte du jeu des relations entre les dimensions d'attachement et l'alliance thérapeutique dans la prédiction des réponses de changement. Ainsi, après avoir vérifié le rôle additif des dimensions d'attachement des clients et de leur alliance en vue d'expliquer les variations observées au niveau des réponses de changement, des analyses d'interaction sont effectuées afin d'observer le comportement de ces variables sur les réponses de changement des clients.

#### Distribution des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients en Fonction de leur Style d'Attachement

La première section débute par la présentation de la répartition des thérapeutes-stagiaires et des clients en fonction de leur style d'attachement respectif et présentée au Tableau 1. On constate qu'il y a un fort pourcentage de thérapeutes-stagiaires qui affichent un style d'attachement sécurisant, alors que les thérapeutes ayant un style non sécurisant (évitant et anxieux/ambivalent) ne représentent que 24% de l'échantillon. Chez les clients, 56% se décrivent avec un style d'attachement sécurisant, alors que 44% se retrouvent dans l'un des deux styles non sécurisant.

Tableau 1  
Distribution des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients  
en Fonction de leur Style d'Attachement

	Styles d'Attachement (Hazan & Shaver, 1987)		
	Sécurisant %	Évitant %	Anxieux/Ambivalent %
Thérapeutes ( <i>n</i> =175)	76 ( <i>n</i> =133)	19 ( <i>n</i> =33)	5 ( <i>n</i> =9)
Clients ( <i>n</i> =132)	56 ( <i>n</i> =74)	31 ( <i>n</i> =41)	13 ( <i>n</i> =17)

L'évaluation que les clients font de leur style d'attachement à la première et à la dernière séance de psychothérapie a été comparée dans le but de vérifier la stabilité des modèles mentaux. Les résultats du Tableau 2 démontrent que 71% (36/51) des clients sécurisant, 45% (9/20) des clients évitant et 30% (3/10) des clients anxieux/ambivalent ont conservé le même style d'attachement du début à la fin de leur démarche de relation d'aide. Ceci correspond, tous styles confondus, à une stabilité temporelle de 59% sur une période de quatre mois. La moitié des clients qui avaient initialement des styles d'attachement anxieux/ambivalent ou évitant affichent à la fin de la thérapie un style sécurisant. Par contre, 29% des clients initialement sécurisant deviennent non sécurisant à la suite du traitement.

Tableau 2  
Stabilité des Styles d'Attachement chez les clients  
entre le Début et la Fin de la Psychothérapie

Styles d'attachement initiaux	Styles d'Attachement Finaux		
	Sécurisant	Évitant	Anxieux/Ambivalent
Sécurisant	36	12	3
Évitant	10	9	1
Anxieux/Ambivalent	5	2	3

$$\chi^2 (4, N=81) = 9.92, p < .05$$

La comparaison entre le nombre de clients au début de l'expérimentation ( $n=132$ ; voir Tableau 1) et le nombre de clients à la dernière passation ( $n=81$ , voir Tableau 2), rend possible l'évaluation du taux d'abandon des participants à l'étude. Au total, 51 des 132 clients initiaux se sont désistés de la recherche en cours de traitement, ce qui correspond à un taux d'abandon de 38.6%, soit: 23 clients sécurisant (17.4%), 21 clients évitant (15.9%) et 7 clients anxieux/ambivalent (5.3%). Pour chaque style d'attachement pris séparément, il y a donc eu une perte de 31% pour le sous-groupe de clients sécurisant (23/74), de 51% pour celui des clients évitant (21/41) et de 41% pour les clients appartenant au sous-groupe anxieux/ambivalent (7/17). En somme, un plus haut pourcentage de clients ayant un style d'attachement non sécurisant n'a pas répondu aux questionnaires à la troisième passation, comparativement à celui des participants du style d'attachement sécurisant.

### Nature des Liens Existant entre les Trois Mesures d'Attachement

La seconde section présente le premier objectif de la recherche qui a pour fonction d'examiner la nature des relations entre les trois styles d'attachement des clients, leurs dimensions d'attachement et leurs cotes d'attachement au thérapeute.

#### Styles d'Attachement et Dimensions d'Attachement

Tout d'abord, des analyses de variance sont effectuées en vue de vérifier la convergence entre la mesure catégorielle et la mesure dimensionnelle d'attachement (Tableau 3). Des résultats significatifs montrent que les clients sécurisant obtiennent une moyenne inférieure aux clients des styles anxieux/ambivalent et évitant sur la dimension d'attachement sécurisant-craintif. Ainsi, les clients du style sécurisant se retrouvent donc davantage sur le pôle sécurisant du continuum sécurisant/craintif que les clients des deux styles non sécurisant. De plus, il n'y a aucune différence significative entre les clients affichant un style d'attachement anxieux/ambivalent et ceux du style d'attachement évitant quant à leurs cotes sur la dimension d'attachement sécurisant/craintif. Ces résultats confirment la première hypothèse.

Tableau 3  
Comparaisons de Moyennes des Dimensions d'Attachement, de l'Attachement au  
Thérapeute, de l'Alliance Thérapeutique et des Réponses de Changement  
des Clients en Fonction de leur Style d'Attachement

Dimensions d'Attachement	Styles d'Attachement (Hazan et Shaver, 1987)			
	Sécurisant	Anxieux/amb	Évitant	F
Sécurisant/Craintif	3.27a	3.68b	3.92b	23.05***
Détaché/Préoccupé	3.31b	4.42a	3.37b	11.33**
Attachement au Thérapeute				
Sécurisant	4.62	4.80	4.83	1.04
Préoccupé/Fusionnel	2.37	2.40	2.64	.77
Évitant/Craintif	1.48	1.71	1.58	1.24
Alliance Thérapeutique	5.90	6.10	5.93	.48
Réponses de Changement				
Optimisme/Progrès	5.26	5.56	5.43	.89
Efforts/Compétence	6.03	5.95	6.13	.37

*Note.* Les moyennes ne partageant pas les mêmes lettres sont significativement différentes les unes des autres (Scheffe,  $p < .05$ )

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

Pour ce qui est de la dimension détaché/préoccupé, il y a des différences de moyennes significatives entre les clients des trois styles d'attachement. En effet, les clients affichant un style d'attachement anxieux/ambivalent se décrivent comme étant plus préoccupés dans leur mode relationnel que les clients ayant un style d'attachement sécurisant. De plus, les clients affichant un style d'attachement anxieux/ambivalent obtiennent des moyennes supérieures aux clients ayant un style d'attachement évitant sur la dimension détaché/préoccupé. La deuxième hypothèse se trouve donc confirmée.

### Styles d'Attachement et Attachement au Thérapeute

En deuxième lieu, la correspondance entre la mesure catégorielle d'attachement et la mesure de relation spécifique d'attachement envers le thérapeute est examinée. À cet effet, trois hypothèses ont été formulées. Les résultats du Tableau 3 témoignent de l'absence de différences significatives entre les clients des trois styles d'attachement quant à leurs réponses sur les trois échelles d'attachement envers leur thérapeute-stagiaire. Contrairement à ce qui était attendu, les résultats ne supportent pas les hypothèses trois, quatre et cinq. De plus, même en regroupant les styles d'attachement préoccupé et évitant des clients dans la catégorie non sécurisant (de façon à avoir un nombre plus élevé de sujets dans cette catégorie), les individus des styles sécurisant ne se différencient pas plus des non sécurisant en fonction des trois échelles d'attachement au thérapeute.

### Dimensions d'Attachement et Attachement au Thérapeute

Le premier objectif se termine par l'examen des relations entre les dimensions d'attachement des clients et la mesure de la relation spécifique d'attachement au thérapeute. Les résultats au Tableau 4 ne permettent pas d'appuyer l'hypothèse six affirmant que plus les clients auront une cote élevée sur la dimension d'attachement sécurisant/craintif, plus ils rapportent un attachement au thérapeute évitant/craintif et moins ils affichent un attachement sécurisant envers ce dernier.

Tableau 4  
Relations entre les Dimensions d'Attachement, l'Attachement au Thérapeute,  
l'Alliance Thérapeutique et les Réponses de Changement chez les Clients

	2	3	4	5	6	7	8
<b>Dimensions d'Attachement</b>							
1. Sécurisant/Craintif	.23**	.16	.31***	.05	.06	.12	-.09
2. Détaché/Préoccupé		.24**	.15	-.06	.30***	.10	.03
<b>Attachement au Thérapeute</b>							
3. Sécurisant			.28***	-.42***	.75***	.44***	.27**
4. Préoccupé/Fusionnel				.08	.05	-.00	-.04
5. Évitant/Craintif					-.58***	-.20*	-.25**
<b>6. Alliance Thérapeutique</b>							
						.53***	.26**
<b>Réponses de Changement</b>							
							.35***
7. Optimisme/Progrès							
8. Efforts/Compétence							

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

Par contre, on observe un lien positif significatif entre la dimension d'attachement sécurisant/craintif et l'échelle d'attachement préoccupé/fusionnel au thérapeute. Par conséquent, un client qui se retrouve vers le pôle craintif présente un attachement qui se caractérise par la préoccupation et le doute envers son thérapeute-stagiaire. Par ailleurs, la septième hypothèse, stipulant que plus les clients auront une cote élevée sur la dimension détaché/préoccupé plus il auront un attachement préoccupé/fusionnel au

thérapeute et moins la relation sera de type évitant/craintif, n'est pas appuyée par les résultats. Toutefois, une corrélation positive et significative ressort entre la dimension d'attachement détaché/préoccupé et l'attachement sécurisant au thérapeute. Ceci indique que plus les clients se retrouvent sur le pôle préoccupé de la dimension d'attachement détaché/préoccupé, plus ils semblent s'attacher de façon sécurisante à leur thérapeute-stagiaire.

#### Relations entre l'Attachement, l'Alliance Thérapeutique et les Réponses de Changement

Cette section présente le deuxième objectif de l'étude visant à vérifier les différences entre l'évaluation que les clients font de leur attachement quant à l'alliance thérapeutique et aux réponses de changement.

#### Styles d'Attachement, Alliance thérapeutique et Réponses de Changement

La vérification des différences entre les clients des trois styles d'attachement au niveau des mesures d'alliance thérapeutique et de changement se retrouve au Tableau 3. Les résultats ne présentent aucune différence significative entre les trois styles d'attachement de Hazan et Shaver (1987) quant à l'alliance thérapeutique et quant aux réponses de changement. Les hypothèses huit et neuf ne sont donc pas confirmées.



### Dimensions d'Attachement, Alliance Thérapeutique et Réponses de Changement

La vérification du deuxième objectif se termine par l'examen des relations entre, d'une part, les dimensions d'attachement et, d'autre part, l'alliance thérapeutique et les perceptions de changement. La matrice corrélationnelle retrouvée au Tableau 4 ne démontre pas de relation significative entre la dimension d'attachement sécurisant/craintif et l'alliance thérapeutique. L'hypothèse 10 n'est donc pas supportée. D'un autre côté, on observe qu'il y a une relation significativement positive entre la dimension d'attachement détaché/préoccupé et l'alliance thérapeutique du client. En conséquence, plus le client se retrouve sur l'extrémité préoccupé de la dimension d'attachement détaché/préoccupé, plus il développe une alliance thérapeutique élevée envers son thérapeute-stagiaire. L'hypothèse 11 se trouve donc confirmée. D'un autre côté, aucune relation significative n'a été trouvée entre les dimensions d'attachement des clients et leurs réponses de changement. Par conséquent, les hypothèses 12 et 13 ne sont pas appuyées.

### Relations entre l'Alliance Thérapeutique et les Réponses de Changement

#### Alliance Thérapeutique et Réponses de Changement

La quatrième section cherche à répondre au troisième objectif qui vise à vérifier

la relation entre l'alliance thérapeutique et les réponses de changement. Au Tableau 4, des relations positives significatives ressortent entre l'alliance thérapeutique et les sous-échelles des réponses de changement. En effet, plus la qualité de l'alliance développée est forte, plus le client démontre de l'optimisme ainsi que des progrès à l'intérieur de sa démarche de consultation et plus il semble exhiber des efforts, de la persistance ainsi qu'un sentiment de compétence dans sa psychothérapie. L'hypothèse 14 se voit donc confirmée par ces résultats. Il y a également un lien entre l'alliance des clients à la deuxième passation et leurs réponses de changement à la troisième passation ( $r(82) = .45$ ,  $p < .001$ ) ainsi qu'entre l'alliance et la perception des clients, toutes deux au temps trois, ( $r(86) = .51$ ,  $p < .001$ ).

#### Distinctions entre l'Attachement au Thérapeute et l'Alliance Thérapeutique

##### Attachement au Thérapeute et Alliance Thérapeutique

La cinquième section a pour objectif de vérifier la validité du concept d'attachement au thérapeute. À partir des écrits de Mallinckrodt et al. (1995), nous avons formulé l'hypothèse que l'attachement au thérapeute et l'alliance thérapeutique constitueront des concepts distincts. Cette hypothèse sera vérifiée de quatre façons différentes. D'abord une première analyse factorielle varimax en composante principale est effectuée sur les 36 items du questionnaire d'attachement au thérapeute (Mallinckrodt

et al., 1995) et sur les 24 items de la version client du questionnaire d'alliance thérapeutique (Gaston et al., 1988). Un choix forcé à quatre facteurs a été imposé, justifié par les trois sous-échelles d'attachement au thérapeute et par l'échelle globale d'alliance thérapeutique (la rotation des axes ne s'effectue pas lorsque le nombre de facteurs n'est pas spécifié). Globalement, les résultats présentés au Tableau 8 (voir Appendice B) laissent voir que les items du questionnaire d'attachement au thérapeute ne se regroupent pas sur des facteurs distincts de celui de l'alliance. L'entrecroisement des énoncés suggère donc qu'il y a un chevauchement conceptuel entre la relation spécifique d'attachement au thérapeute et l'alliance thérapeutique.

L'observation de l'analyse factorielle permet de constater que tous les items sécurisant du CATS se retrouvent sur le facteur un, que tous les énoncés préoccupé/fusionnel cotent sur le facteur deux alors que les énoncés évitant/craintif se retrouvent sur le facteur trois. Pour ce qui est du CALPAS, les items de ce questionnaire ressortent de façon mélangée sur trois des quatre facteurs. Huit items se retrouvent sur le facteur un, six sur le deuxième facteur et neuf sur le quatrième. Il est à souligner qu'aucun énoncé du CATS ne se retrouve sur le facteur quatre alors qu'aucun énoncé du CALPAS ne cote sur le facteur trois.

Étant donné le faible ratio du nombre de sujets par le nombre d'items (Tinsley & Tinsley, 1987) suggèrent qu'il soit de dix pour un), une autre analyse factorielle est

exécutée en utilisant les sous-échelles des deux questionnaires à la place des items. Avec une rotation varimax en composante principale sans choix forcé, l'analyse a retenu deux facteurs. L'attachement au thérapeute sécurisant a une pondération de .82 sur le premier facteur et de .39 sur le deuxième. Pour sa part, l'attachement au thérapeute évitant/craintif a une pondération .02 sur le premier facteur et de .96 sur le second, alors que l'attachement préoccupé/fusionnel a des coefficients de saturation respectivement de -.80 et de .25. En dernier lieu, l'alliance thérapeutique a une pondération de .92 sur le premier facteur et une de .07 sur le deuxième. Respectivement, les facteurs obtiennent une racine latente de 2.21 et de 1.10 expliquant 55.1% et de 27.5% de la variance, pour un totale de 82.6. L'alliance et deux des trois sous-échelles d'attachement au thérapeute se regroupent donc autour du même facteur, alors que l'alliance aurait dû être sur un facteur distinct de ceux-ci. L'échelle d'attachement préoccupé/fusionnel au thérapeute semble quant à elle se distinguer de l'alliance. En dernier lieu, une analyse de régression a été effectuée en vue de prédire les réponses de changement à partir de l'alliance thérapeutique (étape un) et des trois échelles d'attachement au thérapeute (étape deux). Cette procédure a pour but de vérifier si l'attachement au thérapeute participe à l'accroissement de la variance expliquée au niveau des réponses de changement, une fois la contribution de l'alliance contrôlée. Que la variable à prédire soit le changement à la deuxième ou à la troisième passation, les résultats montrent que l'attachement au thérapeute ne permet pas d'expliquer une portion additionnelle de la variance associée aux réponses de changement au-delà de la contribution apportée par l'alliance.

Dans l'ensemble, les deux analyses factorielles précédentes et la régression ne permettent donc pas d'affirmer que l'attachement au thérapeute (Mallinckrodt et al., 1995) et l'alliance thérapeutique (Gaston et al., 1988) constituent des concepts différents. De plus, en se référant au Tableau 4, on remarque la forte corrélation entre l'attachement au thérapeute sécurisant et l'alliance thérapeutique ( $r(116) = .75, p < .001$ ) ainsi qu'entre l'attachement au thérapeute évitant/craintif et l'alliance thérapeutique ( $r(115) = -.58, p < .001$ ), confirmant ainsi l'idée que les échelles de ces deux questionnaires tendent à mesurer la même dimension. Ces résultats amènent donc le rejet de l'hypothèse 15. Toutefois, étant donné la particularité et le nombre de participants à la présente étude, cette prise de position doit être considérée avec prudence.

Les résultats précédents, démontrant un chevauchement entre les deux questionnaires, ont donc guidé notre décision d'abandonner l'investigation du concept d'attachement au thérapeute de Mallinckrodt et al. (1995) lors des analyses subséquentes. Étant donné la similarité statistique retrouvée entre cet instrument et celui de l'alliance thérapeutique, c'est ce dernier questionnaire qui sera retenu aux fins des analyses à venir. Ce choix se justifie par la reconnaissance bien établie du CALPAS de Gaston et al. (1988), instrument mesurant le lien qui se développe entre un client et son thérapeute.

### Appariement des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients selon leur Style d'Attachement

La sixième section présente l'examen de la nature de l'appariement des thérapeutes-stagiaires et des clients en fonction de leurs styles d'attachement sur les variables d'alliance thérapeutique et de perception de changement. Ce cinquième objectif fait l'objet des deux dernières hypothèses.

Les analyses proprement dites furent d'abord précédées par le jumelage des participants. Puisqu'il y avait une faible représentation des dyades des styles d'attachement évitant et anxieux/ambivalent (il y a peu de thérapeutes affichant ces deux styles), nous avons regroupé ces deux sous-groupes de participants dans une même catégorie, soit: non sécurisant. Cette procédure rejoint celle utilisée dans d'autres études (Lapointe et al., 1994; Senchak & Leonard, 1992).

La répartition des thérapeutes-stagiaires et des clients selon leur appariement au niveau de leur style d'attachement (sécurisant, non sécurisant) apparaît au Tableau 5. Il y a un nombre important de dyades composées d'un thérapeute de style sécurisant jumelé a un client de style sécurisant et de dyades composées d'un thérapeute de style sécurisant et d'un client de style non sécurisant.

Tableau 5  
Distribution de l'Appariement des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients  
selon leur Style d'Attachement (Hazan et Shaver, 1987)

Style d'Attachement des Thérapeutes-stagiaires	Styles d'Attachement des Clients	
	Sécurisant	Non Sécurisant (Anxieux/Amb & Évitant)
Sécurisant	40% ( <i>n</i> =48)	36% ( <i>n</i> =44)
Non Sécurisant (Anxieux/Amb & Évitant)	14% ( <i>n</i> =17)	10% ( <i>n</i> =12)

*n* = nombre de dyades

$\chi^2 (1, N=121) = 0,37, p > .05$

Il est important de remarquer que 14% des dyades sont composées d'un thérapeute se décrivant avec un style d'attachement non sécurisant et d'un client de style sécurisant. De plus, 10% des dyades de l'échantillon regroupent un thérapeute et un client de style non sécurisant. En somme, les dyades regroupant un thérapeute de style non sécurisant représentent 24% de toutes les dyades. La valeur non significative du  $\chi^2$  indique que la distribution du jumelage dyadique est due au hasard. D'ailleurs, la procédure de distribution des clients à chaque thérapeute pour les séances de thérapie s'est effectuée sur une base aléatoire.

La seizième hypothèse stipule que les dyades composées d'un thérapeute-stagiaire et d'un client ayant tous les deux un style d'attachement sécurisant rapporteront une plus

forte alliance thérapeutique comparativement aux dyades constituées d'un ou de deux membres avec un style d'attachement non sécurisant. Les résultats présentés au Tableau 6 ne font ressortir aucune différence significative sur l'alliance thérapeutique entre les divers appariements des styles d'attachement. L'hypothèse 16 n'est donc pas appuyée. De plus, il n'y a aucune différence significative entre les clients appartenant aux quatre types de dyades au niveau de leur perception de changement. La dix-septième hypothèse n'est donc pas appuyée.

#### Modèles Prévisionnels des Dimensions d'Attachement et de l'Alliance thérapeutique sur les Réponses de Changement

La septième section a pour objectif d'examiner deux modèles prévisionnels pour rendre compte du jeu des relations entre les dimensions d'attachement et l'alliance thérapeutique dans la prédiction des réponses de changement à la deuxième et troisième passation, soit: le modèle additif et le modèle avec modérateur. Des analyses de régressions multiples sont utilisées pour tester ces modèles.

Le premier modèle cherche à vérifier s'il y a un effet additif de l'alliance thérapeutique pour expliquer la variance associée aux réponses de changement à celle des dimensions d'attachement des clients (sécurisant/craintif, détaché/préoccupé). Pour ce faire, la méthode de type hiérarchique a été privilégiée. Les recherches antérieures ayant



Tableau 6  
 Comparaison de l'Alliance Thérapeutique et des Réponses de Changement des Clients  
 et des Thérapeutes-Stagiaires en fonction des Types de Dyades Thérapeute-Client

	Dyades selon les styles d'attachement				
	S-S	S-NS	NS-S	NS-NS	F
Alliance					
Thérapeutes	4.98	4.97	5.21	4.49	1.42
Clients	5.77	6.03	6.04	5.80	1.08
Changement des					
Clients					
Optimisme/Progrès	5.29	5.48	5.15	5.70	1.01
Efforts/Compétence	6.01	6.05	6.15	6.29	.40

S-S: thérapeute sécurisant/client sécurisant

S-NS: thérapeute sécurisant/client non sécurisant

NS-S: thérapeute non sécurisant/client sécurisant

NS-NS:thérapeute non sécurisant/client non sécurisant

été utilisées comme variables dépendantes, soit: l'optimisme et la perception de changement ainsi que celle des efforts, de la persistance et du sentiment de compétence. Par conséquent, deux analyses de régression sont effectuées.

Les résultats du modèle additif sont rapportés au Tableau 7. Les dimensions d'attachement des clients expliquent 3% de la variance associée à l'optimisme et à la perception de changement. Toutefois, cette contribution n'est pas significative. Pour sa part, l'alliance thérapeutique explique une portion significative additionnelle de 26% de la variance. L'examen des Bêta montre que l'alliance thérapeutique est associée de façon

positive aux réponses de changement du client. En ce qui a trait à la deuxième sous-échelle de changement «efforts, persistance et sentiment de compétence», les dimensions d'attachement n'expliquent aucune variance.

De son côté, l'alliance thérapeutique explique une portion significative additionnelle de 6% de la variance associée à la variable à prédire. Toutefois, la valeur du F global montre que dans l'ensemble les variables d'attachement et d'alliance ne viennent pas expliquer une portion significative de la variance associée à la deuxième sous-échelle de changement. L'analyse du coefficient Bêta démontre que l'alliance thérapeutique est associée de façon significative aux réponses de changement.

Afin de prédire l'échelle de changement total à la dernière passation, les mêmes procédures ont été refaites. À la première étape, les dimensions d'attachement des clients expliquent 5% de la variance associée à la variable à prédire. Toutefois, cette contribution n'est pas significative ( $F(2,76)=2.17, n.s.$ ). À la deuxième étape, l'entrée de l'alliance thérapeutique permet un accroissement de 18% de la proportion de la variance expliquée et associée à la variable à prédire ( $R^2 = .23, F(3,75)=17.50, p < .001$ ). Pour ce qui est de la contribution unique des Bêta, on retrouve des coefficients de .11, n.s. pour la dimension d'attachement détaché/préoccupé, de -.02, n.s. pour la dimension sécurisant/craintif et de .44 ( $p < .001$ ) pour l'alliance, ce qui révèle la présence d'un lien positif entre celle-ci et le changement à la fin des consultations.

Tableau 7  
Régressions Multiples des Dimensions d'Attachement et de l'Alliance Thérapeutique  
sur les Réponses de Changement des Clients

Optimisme et Perception de Changement			
	Bêta	R <sup>2</sup>	F
<u>Étape 1</u>			
Dimensions d'Attachement		.03	1.43, n.s.
Détaché/Préoccupé	-.05		
Sécurisant/Craintif	.12		
<u>Étape 2</u>			
Alliance Thérapeutique	.54***	.29	13.83***
		changement R <sup>2</sup> = .26	
		F(3, 102) = 37.62***	
Efforts, Persistance et Sentiment de Compétence			
	Bêta	R <sup>2</sup>	F
<u>Étape 1</u>			
Dimensions d'Attachement		.00	.21, n.s.
Détaché/Préoccupé	-.07		
Sécurisant/Craintif	-.04		
<u>Étape 2</u>			
Alliance Thérapeutique	.26**	.06	2.28, n.s.
		changement R <sup>2</sup> = .06	
		F(3, 102) = 6.38**	

*Note.* Les R<sup>2</sup> tiennent compte de toutes les variables qui ont été entrées dans l'équation à chacune des étapes.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

La proposition d'un modèle dans lequel l'alliance joue un rôle modérateur dans la relation entre l'attachement et le changement est vérifiée à l'aide de régressions multiples. Les deux premières étapes de ces analyses sont similaires aux analyses précédentes. Toutefois, l'interaction entre chacune des dimensions d'attachement et l'alliance thérapeutique est ajoutée une à la fois à la troisième étape. Par ces nouvelles procédures de régression, il est donc possible d'examiner si l'interaction des dimensions d'attachement avec l'alliance thérapeutique participe à l'accroissement de la variance expliquée au niveau des réponses de changement, une fois la contribution de chacune des deux variables individuelles contrôlée. Quatre analyses de régression sont effectuées pour vérifier l'effet d'interaction de chacune des dimensions d'attachement et de l'alliance thérapeutique (sécurisant/craintif X alliance, détaché/préoccupé X alliance) en fonction des deux échelles de changement.

D'abord, les analyses de régression sont effectuées pour la première échelle de changement «optimisme et perception de changement». L'entrée de l'interaction entre la dimension d'attachement sécurisant/craintif et l'alliance thérapeutique, à la suite des deux premières étapes retrouvées au Tableau 7, ne permet pas d'expliquer davantage de variance associée à l'optimisme et à la perception de changement ( $R^2=0$ ,  $F(4,101)=.07$ , n.s.,  $B\hat{e}ta=-.22$ , n.s.). Le F général est de 10.30 ( $p<.001$ ).

Les analyses précédentes sont reprises, mais en y ajoutant plutôt l'interaction entre la dimension d'attachement détaché/préoccupé et l'alliance thérapeutique à la troisième étape. L'entrée de l'interaction amène une augmentation de 1 % de la variance associée à l'optimisme et à la perception de changement. Toutefois, cette contribution n'est pas significative ( $R^2 = .30$ ,  $F(4,101) = 2.01$ , n.s.  $B\acute{e}ta = 1.77$ , n.s.). Le F général de cette opération est de 10.98 ( $p < .001$ ).

En ce qui a trait à la prédiction de la deuxième sous-échelle «efforts, persistance et sentiment de compétence», l'entrée de l'interaction entre la dimension d'attachement sécurisant/craintif et l'alliance thérapeutique, à la suite des deux premières étapes (Tableau 7), augmente la variance expliquée de 2 % ( $R^2 = .08$ ,  $F(4,101) = 2.02$ , n.s.,  $B\acute{e}ta = 1.36$ , n.s.). Un F général non significatif de 2.23 est associé à cette étape. Toujours afin de prédire la variable dépendante ci-haut mentionnée, l'interaction entre cette fois-ci la dimension d'attachement détaché/préoccupé et l'alliance thérapeutique est entrée à la troisième étape de l'équation. Celle-ci permet un accroissement significatif de 4 % de la proportion de la variance expliquée associée à la variable à prédire ( $R^2 = .10$ ,  $F(4,101) = 4.55$ ,  $p < .01$ ,  $B\acute{e}ta = 3.01$ ,  $p < .01$ ). Le F général est de 2.90 ( $p < .01$ ). L'ajout de la troisième étape vient également modifier les contributions uniques associées aux variables impliquées dans la présente régression. Les  $B\acute{e}ta$  obtenus sont respectivement de -2.78 ( $p < .05$ ), de -.04, n.s. et de -.45, n.s. pour les dimensions détaché/préoccupé, sécurisant/craintif et pour l'alliance thérapeutique. Ces coefficients

révèlent qu'il y a un lien positif entre la dimension d'attachement détaché/préoccupé et la sous-échelle «efforts, persistance et sentiment de compétence». De plus, l'examen du coefficient Bêta de 3.02 ( $p < .05$ ) révèle donc la présence d'un lien positif entre l'interaction de la dimension d'attachement détaché/préoccupé et l'alliance thérapeutique avec les réponses de changement.

Les résultats d'un effet d'interaction significatif indique que la relation entre la dimension d'attachement détaché/préoccupé et la sous-échelle de changement «efforts, persistance et sentiment de compétence» est modifiée par la force de l'alliance thérapeutique. Afin de connaître la nature de l'impact de la variable modératrice (alliance thérapeutique) sur la relation entre la dimension d'attachement détaché/préoccupé et les réponses de changement, des analyses complémentaires (Aiken & West, 1991) sont effectuées et permettent d'illustrer le sens de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante lorsque la variable modératrice intervient. Ainsi, tel qu'illustré la Figure 1, la relation entre la dimension d'attachement détaché/préoccupé et les réponses de changement est positive pour des niveaux élevés d'alliance thérapeutique. Toutefois, cette relation n'atteint pas le seuil de signification requis (Bêta=.16,  $t(103)=1.11, n.s.$ ). D'un autre côté, lorsque les niveaux d'alliance sont faibles, la relation entre la dimension d'attachement détaché/préoccupé et les réponses de changement devient significative et négative (Bêta=-.44,  $t(103)=-2.24, p < .05$ ).

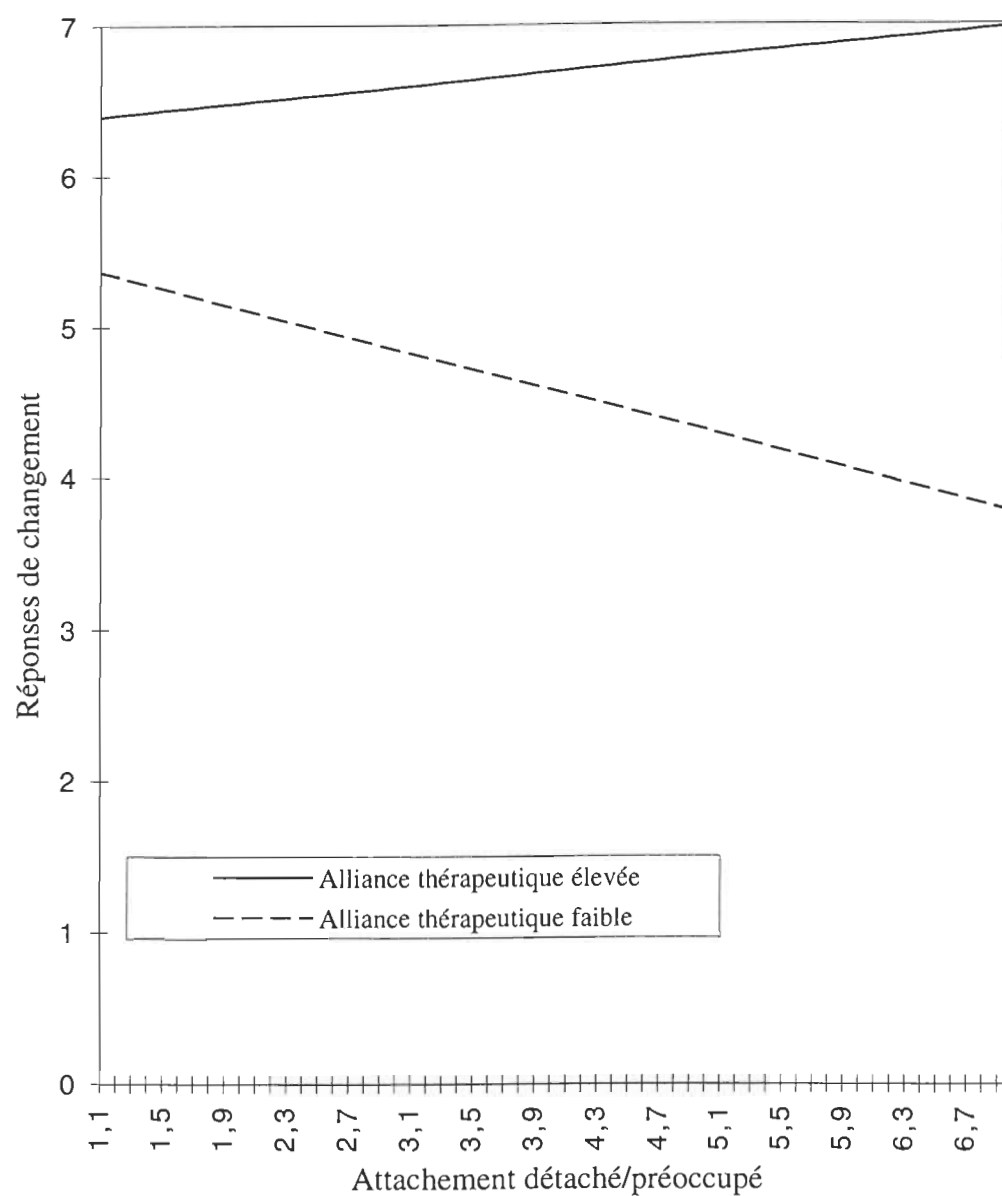


Figure 1. Relations entre l'attachement détaché/préoccupé et les réponses de changement en fonction de degrés élevés et bas d'alliance thérapeutique.

## Discussion



Cette étude avait pour but de participer au courant bouillonnant de la recherche clinique sur les relations entre l'alliance et le changement, en y intégrant les variables d'attachement. Le débat scientifique entourant le rôle de métaperspective de l'attachement en psychologie du counseling étant d'actualité, la présente étude, par sa démarche empirique, a tenté de répondre à certains questionnements. Le présent chapitre fournit des éléments explicatifs aux résultats obtenus à la section précédente. Tout en les associant aux connaissances actuelles du champ d'intérêts concerné, chacun de ces résultats sera discuté en fonction des objectifs et des hypothèses énoncés au premier chapitre. De façon parallèle, les conséquences de l'étude sur les domaines de la psychothérapie et de l'attachement seront mises en lumière. Celles-ci seront également accompagnées de la présentation des forces, des limites ainsi que des recommandations qui découlent de la recherche.

#### Distribution des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients en Fonction de leur Style d'Attachement

Lorsqu'on compare les participants, selon qu'ils se retrouvent dans le groupe des thérapeutes-stagiaires ou dans le groupe des clients, on remarque que la distribution des styles d'attachement diffère. En effet, il est à constater que les participants de style anxieux/ambivalent et de style évitant sont proportionnellement plus nombreux dans le

groupe des clients. Bien que la distribution des clients se rapproche davantage des proportions de Hazan et Shaver (1987) que celui des thérapeutes-stagiaires, ni l'un, ni l'autre ne présentent des fréquences d'attachement vraiment similaires à celles répertoriées par ces auteurs.

Cet écart peut s'expliquer par la comparaison d'échantillons de différentes natures. En effet, la particularité de l'échantillon de la présente étude rend délicate sa classification. Étant donné que le noyau des aidants est composé d'étudiants inscrits à des activités d'apprentissage et de formation à la psychologie et que celui des clients est constitué d'individus désirant recevoir une attention particulière afin de mieux se connaître et se libérer de leurs préoccupations (et ce gratuitement), il est de mise d'éviter de parler d'un groupe de professionnels de la psychologie versus un groupe clinique. Ainsi, alors que les résultats de Hazan et Shaver (1987) (56% sécurisant, 25% évitant, 19% anxieux/ambivalent) et ceux de Lambert, Lussier, Sabourin et Wright (1995) (63%, 25%, 12%) proviennent d'une population dite normale, il semble congruent que le sous-groupe des clients (56%, 31%, 13%) s'approche plus de cette répartition que celui des thérapeutes-stagiaires (76%, 19%, 5%). À l'intérieur de son groupe clinique, Hamel (1995) trouve des pourcentages respectifs de 28%, 35% et 37%. La nature du recrutement des clients peut donc justifier l'idée qu'ils soient davantage représentatifs de la population générale que les aidants qui les accompagnent.

La sous représentation du style anxieux/ambivalent dans notre échantillon constitue une certaine limite à nos résultats. Dans une prochaine étude, il serait approprié d'augmenter le nombre de sujet de ce type précis d'attachement afin d'espérer obtenir une image aussi définie de tous les styles. Il est également à se demander si la plus grande représentation de thérapeutes-stagiaires à l'intérieur du groupe sécurisant serait une caractéristique propre aux étudiants en psychologie ou si ce serait dû à une perception idéalisée ou encore une fausse perception d'eux-mêmes. Cette dernière explication réfère au désir de bien paraître où d'une évaluation ne correspondant pas à ce qu'ils sont vraiment, mais à ce qu'ils veulent présenter comme image extérieure en tant qu'aidant. Toutefois, cette dernière hypothèse ne peut être retenue en totalité puisque des analyses supplémentaires démontrent que les réponses des thérapeutes-stagiaires ne sont pas contaminées par la désirabilité sociale.

Utilisant comme fondement la théorie qui a pour assise les relations mère-enfant afin de comprendre les rapports adultes dans divers contextes, la présente recherche se doit d'éclaircir la notion angulaire qu'est la stabilité des styles d'attachement. Dans la présente étude, la stabilité globale est de 59%. Sur huit mois, Shaver et Brennan (1992) trouvent un coefficient de 71% alors qu'après quatre mois, Keelan, Dion et Dion (1994) trouvent, tous styles confondus, une stabilité temporelle de 80%, résultats supérieurs à ceux de notre étude. Cet écart peut s'expliquer par le fait que les participants de ces expérimentations prennent part à des procédures différentes. Du côté de Keelan et al.

(1994) ainsi que de Shaver et Brennan (1992), il n'y a que l'intervalle de temps qui sépare les deux moments de mesure des styles d'attachement alors que, pour cette recherche, les clients ont subi un traitement correspondant à leur démarche de relation d'aide. Dans la présente étude, la moitié des non sécurisants devient sécurisant alors que 29% des sécurisants deviennent non sécurisants. Une vision complémentaire de ces données permet donc de suggérer l'existence d'une certaine stabilité de l'attachement au travers le développement d'un individu en plus de confirmer la malléabilité de ce même concept.

Au niveau clinique, certains psychologues ont su démontrer qu'un travail thérapeutique précis peut mener à un changement de style d'attachement. Pour arriver à ces fins, Johnson et Greenberg (1992, 1995) utilisent une approche centrée sur l'émotion conjointement à la théorie de l'attachement. Lors des séances de psychothérapie, le thérapeute doit parvenir à endosser le rôle d'une nouvelle figure d'attachement (sécurisante) pour permettre au client de revivre son attachement primaire et de le modifier au besoin (Pistole, 1989). Plus précisément par son empathie, son support et sa disponibilité, le thérapeute crée un contexte relationnel sécurisant. C'est l'accès à cette nouvelle relation qui permettra au client de modifier ses représentations mentales de soi et des autres et, par conséquent, de changer ses modes d'interactions vers un attachement davantage sécurisant (Johnson & Greenberg, 1992; Johnson & Greenberg, 1995).

L'illustration précédente s'insère donc bien dans la position prônant qu'une fois intégrés, les styles d'attachement deviennent un cadre de référence qui offre toutefois une certaine flexibilité lors de conditions fragilisantes (psychothérapie) où lorsqu'il y a rencontre avec une personne significative (thérapeute) (Lopez, 1995; Paterson & Moran, 1988; Pistole, 1989). La démonstration de cette conciliation est un incitateur à poursuivre les recherches sur l'attachement adulte et contribue au maintien de l'intérêt thérapeutique à ce concept. D'ailleurs, l'évaluation d'un programme spécifiquement orienté sur la modification des styles d'attachement serait une avenue à considérer. Il permettrait ainsi de comprendre le processus qui amène un client de passer d'un style d'attachement non sécurisant à sécurisant ainsi qu'à expliquer les raisons sous-jacentes au passage d'un style sécurisant à un style non sécurisant, phénomène remarqué à l'intérieur de notre échantillon.

L'abandon prématuré d'une psychothérapie constitue un problème de grande importance, un questionnement d'intérêt ainsi qu'un souci de première ligne pour les professionnels oeuvrant dans le domaine de la relation d'aide. Bien que notre étude ne mesure pas la cessation d'un traitement, elle permet de jeter un regard sur le taux d'abandon à cette recherche longitudinale. Il est intéressant de se demander, à titre spéculatif, si l'abandon à une recherche clinique peut être un précurseur de l'abandon de la psychothérapie. Au cours du processus expérimental, c'est le sous-groupe des clients de style évitant qui a perdu le plus de participants, suivi du sous-groupe

anxieux/ambivalent et finalement du sous-groupe du style sécurisant qui a pour sa part accusé le moins de désistements. Ces différences épousent bien les descriptions des différentes manifestations cliniques associées aux styles d'attachement (Bartholomew et Horowitz, 1991; Pistole, 1989).

Le client de style évitant est quelqu'un de distant, d'hostile, qui consulte à la suite de pressions de l'entourage, ce qui démontre son antipathie au questionnement. Il a une vision négative des autres, ce qui permet de justifier sa plus grande propension à laisser tomber sa démarche en cours de processus. Bien qu'important, le taux d'abandon inférieur des clients affichant un style d'attachement anxieux/ambivalent s'explique peut-être par leur préoccupation excessive de l'autre. D'un côté, leur vision positive d'autrui et négative d'eux-mêmes favorisera un désir de fusion au thérapeute (maintien en thérapie), mais, de l'autre, elle saura vite éveiller leur incapacité d'intimité, de proximité saine et finalement leur désir de fuite (abandon). De plus, le bouleversement ressenti lors de l'exploration contribuera à leur abandon. Empathiques et collaborateurs, les clients du style sécurisant décrivent leurs thérapeutes comme étant sensibles, disponibles et compréhensibles. Cette perception positive de soi et des autres est garante d'un confort avec l'autonomie et l'intimité, ingrédients contribuant au maintien de leur participation. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue qu'il y a 23 clients sécurisants sur les 51 qui n'ont pas complété l'étude. D'autres études devront donc mieux cerner les caractéristiques des clients qui cessent de participer à une étude clinique en plus de regarder la possibilité d'un lien avec l'abandon d'une psychothérapie.

Nature des Relations entre les Trois Styles d'Attachement des Clients, de leurs  
Dimensions d'Attachement et de leurs cotes d'Attachement au Thérapeute

Convergence entre les Styles d'Attachement et les Dimensions d'Attachement

Pour les fins de cette recherche, deux questionnaires d'attachement ont été utilisés. Selon le type d'analyse effectué, le choix d'un instrument par rapport à l'autre s'est fait de façon interchangeable. Par conséquent, il semblait opportun de s'attarder d'abord au degré de convergence entre la forme catégorielle et la forme continue d'attachement. Au niveau conceptuel, les similitudes entre ces mesures se défendent par le fait qu'elles s'attardent toutes deux à l'évaluation de l'attachement dans un contexte adulte en plus d'utiliser la classification de Ainsworth et al. (1978) comme base théorique (Sperling, Foelsch, & Grace, 1996). Nos résultats ont effectivement permis d'observer des différences entre les clients des trois styles d'attachement sur les deux continuums des dimensions d'attachement. Ainsi, les clients se perçoivent également plus sécurisants (cotes plus basses sur la dimension d'attachement sécurisant/craintif) sur la mesure dimensionnelle que les clients des styles anxieux/ambivalent et évitant. Aussi, les clients affichant un style d'attachement anxieux/ambivalent se décrivent comme étant plus préoccupés sur la mesure dimensionnelle d'attachement que les clients des styles d'attachement sécurisant et évitant. Ces résultats témoignent de la bonne convergence entre les deux instruments. D'autres études attestent aussi l'existence d'une bonne correspondance entre les deux instruments (Shaver & Norman, 1995).

### Styles d'Attachement et Attachement au Thérapeute

Notre enchantement pour l'apparition d'un nouvel instrument de mesure, qui intègre directement les sphères d'attachement au contexte spécifique de relation d'aide, est témoin de notre intérêt pour le fonctionnement de l'attachement en psychothérapie. Toutefois, l'originalité et la nouveauté du CATS en font un domaine encore peu exploré empiriquement. À notre connaissance, aucune publication utilisant des groupes cliniques de participants n'a été réalisée avec le CATS. Seule une critique de Robbins (1995), qui se situe à un niveau conceptuel et théorique, offre une appréciation de cet instrument novateur. L'intégration des propos de Robbins (1995) à la réponse de Mallinckrodt et al. (1995a) et à nos résultats expérimentaux servent donc de tremplin à l'enrichissement de cette nouvelle échelle sur la relation spécifique d'attachement au thérapeute.

L'absence de différences significatives entre les clients des trois styles d'attachement en ce qui a trait à leur cote moyenne sur le CATS peut s'expliquer par les différences individuelles associées à la proximité relationnelle. Pour les auteurs du CATS, on peut retrouver une cote élevée sur l'échelle sécurisant lorsque les besoins de proximité du client rencontrent le niveau de proximité offert par le thérapeute. À ce moment, la distance entre les deux membres est considérée comme étant idéale. Ainsi, un client de style anxieux/ambivalent ou de style évitant peut avoir un attachement au thérapeute sécurisant si le thérapeute lui offre un espace relationnel non menaçant. Par



conséquent, on retrouverait des cotes élevées sur les échelles d'attachement au thérapeute préoccupé/fusionné ou évitant/craintif lorsque le thérapeute a une proximité inférieure ou supérieure au besoin de son client.

Afin d'arriver à mesurer la dynamique entourant le concept de proximité idéale, deux suggestions émanent de ces constatations. Il serait d'abord intéressant de comparer le type d'attachement du client au thérapeute avec le style d'attachement de son thérapeute ou, à la limite, de construire une version thérapeute parallèle au CATS. Donc, le fait de ne pas trouver de différences de moyennes entre les clients des trois styles d'attachement quant à leurs réponses sur les trois échelles d'attachement envers leur thérapeute-stagiaire pourrait également être attribué à l'attitude du thérapeute.

Le fait que les clients prennent part à une démarche de relation d'aide à court terme est également un facteur pouvant expliquer les résultats obtenus. Étant donné qu'un lien de confiance est long à s'établir et que les clients ont répondu au CATS à la cinquième entrevue, il est possible que ces derniers n'avaient pas encore eu la chance de reproduire, de revivre leur attachement primaire avec leur thérapeute. L'échantillon de Mallinckrodt et al. (1995), étant constitué de clients ayant fait entre cinq et 62 rencontres, laisse entrevoir une telle possibilité. Les auteurs ont en effet trouvé que les clients qui avaient été vus entre cinq et huit rencontres avaient des cotes d'attachement sécurisant au thérapeute significativement inférieures à celles des clients ayant été vus sur une période

plus longue. Les auteurs proposent deux explications à ces résultats. Selon eux, il est d'une part possible qu'un attachement sécurisant au thérapeute prenne plus de temps à s'établir et de l'autre que les clients ayant un attachement sécurisant fragile à leur thérapeute abandonnent davantage avant la huitième séance. À ces explications peut aussi s'ajouter la possibilité qu'il y ait une réelle transformation de l'attachement du non sécurisant au sécurisant qui s'installe progressivement avec l'avancement des relations d'aide.

Étant donné que les manifestations d'attachement peuvent également se mettre en branle dans des périodes intenses de stress, de fatigue ou sous la menace d'un danger imminent (Mallinckrodt et al., 1995), le nombre de séances de psychothérapie au moment de mesurer l'attachement au thérapeute devient une variable importante. Le client étant averti que sa démarche de relation d'aide aura une durée maximale de 10 rencontres, il est possible qu'il ait choisi de s'y impliquer avec réserve. De plus, après seulement cinq rencontres avec son thérapeute-stagiaire, il est probable que le client n'ait pas été mis en situation potentiellement menaçante. Ainsi, si le client n'a pas encore vécu de séparation, de perte, de rejet ou d'abandon, il est conséquent d'affirmer qu'il n'a pas eu à s'activer afin de retrouver une proximité relationnelle idéale pour lui. Mallinckrodt et al. (1995) affirment que le manque de lien entre leur instrument et le AAS remet en question la validité de construit du CATS. L'idée que la relation avec le thérapeute soit perçue comme différente des autres relations entretenues par le client dans sa vie privée est une

piste également intéressante pour expliquer l'absence de différences entre les clients des trois styles d'attachement quant à leurs réponses sur les échelles d'attachement envers leur thérapeute-stagiaire. Ces nouvelles avenues sont autant intéressantes que stimulantes pour susciter l'intérêt de la recherche sur cette relation spécifique d'attachement qu'est l'attachement au thérapeute.

Dans l'étude de Mallinckrodt et al. (1995), contre toute attente, une seule relation a été trouvée entre les sous-échelles du CATS et celles du Adult Attachment Scale (AAS; Collins & Read, 1990), soit: entre l'attachement préoccupé/fusionnel au thérapeute et l'attachement confiant. Dans notre étude, le questionnaire dimensionnel d'attachement a été également mis en relation avec la mesure de relation spécifique d'attachement envers le thérapeute. Bien que les hypothèses six et sept ne soient pas confirmées, nos résultats, obtenus à l'aide des deux continuums d'attachement, confirment ceux de Mallinckrodt et al. (1995). En effet, la dimension d'attachement détaché/préoccupé et l'attachement au thérapeute sécurisant sont reliés positivement. De plus, nous avons trouvé que la dimension d'attachement sécurisant/craintif était reliée positivement à l'attachement au thérapeute préoccupé/fusionnel.

Relations entre l'Attachement, l'Alliance Thérapeutique et les Réponses de Changement

#### Attachement et Alliance Thérapeutique

En 1978, Bowlby avait déjà mis en relief le parallèle entre l'expérience d'attachement primaire et la capacité ultérieure de former des liens affectifs. Les recherches contemporaines ont continué à s'attarder à ce phénomène arrivent à la conclusion que la capacité à développer un sentiment de confiance est un ingrédient favorable à l'établissement d'une relation satisfaisante (Dolan, 1993; Klee et al., 1990; Kokotovic & Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1993). Au niveau clinique, il est dit que les caractéristiques pré-traitement du client (dont le style d'attachement) sont de bons indices pronostiques du développement d'une alliance thérapeutique. Ainsi, plus le client aura un apport positif à la relation thérapeutique, plus l'alliance sera forte.

Les études de Satterfield et Lyddon (1995) ainsi que celles de Mallinckrodt et al. (1995) démontrent que la capacité d'un client d'avoir confiance et de savoir qu'il peut compter sur les autres est reliée positivement à l'alliance thérapeutique. Par contre, dans notre étude, une seule hypothèse a été confirmée. L'association entre un attachement qui tend vers le pôle préoccupé et la qualité de la relation thérapeutique s'explique bien par la typologie de Griffin et Bartholomew (1994) qui décrivent cet individu comme ayant une vision positive des autres, ce qui est favorable à son alliance au thérapeute.

Au départ, il était toutefois prévu que tous les types d'attachement différencieraient sur l'évaluation de l'alliance (les hypothèses 10 et 11 ont été infirmées). Certains facteurs peuvent donc avoir annulé les différences attendues. D'un côté, il y a certaines

recherches qui trouvent un lien entre l'attachement des clients et l'alliance seulement quand c'est le thérapeute qui évalue ces deux variables (Dolan et al., 1993; Kokotovic & Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1993). En effet, ils démontrent que plus le client est vu comme ayant un attachement de style sécurisant, plus le thérapeute a une vision positive de l'alliance. Il est donc possible que le fait que ce soit le client qui évalue les concepts d'attachement et d'alliance puisse atténuer les effets prévus. L'ajout du superviseur comme troisième évaluateur, à titre d'observateur, pourrait profiter à la justesse des évaluations. Il faut également considérer la probabilité que les clients ayant une alliance thérapeutique faible aient abandonné davantage le processus que ceux démontrant une alliance élevée. Ce faisant, la variabilité de l'échantillon se trouve atteinte, ce qui peut avoir effacé les différences attendues.

Certains auteurs soulèvent aussi le rôle du motif de consultation comme facteur explicatif à la relation entre l'attachement et l'alliance. Selon Gaston et al. (1988) ainsi que Kokotovic et Tracey (1990), il y a une différence entre des clients qui viennent en consultation pour des difficultés interpersonnelles et ceux qui demandent de l'aide pour d'autres raisons. D'ailleurs, Gaston et al. (1988) apportent une distinction très pertinente à ce sujet en affirmant qu'un style d'attachement n'est pas un problème comme tel, mais une façon de qualifier le type de relation que les gens entretiennent avec l'entourage. Lors de prochaines études, il serait intéressant de séparer le groupe de clients selon qu'ils évoquent des difficultés interpersonnelles ou non comme motif de consultation afin de voir s'il font une évaluation différente de l'alliance.

### Attachement et Réponses de Changement

Dans une étude visant à mesurer les relations entre les styles d'attachement, les problèmes psychiatriques et les réponses à une psychothérapie, Fonagy et al. (1996) démontrent un lien entre l'attachement et le changement. Dans le même sens, Jones et al. (1988) chiffrent à 26% la variance qui est expliquée par les caractéristiques pré-traitement des clients afin de prédire les réponses de changement. Dozier et al. (1994) y vont avec plus de précisions en affirmant que plus le client tend vers un attachement sécurisant, plus il se montrera positif face au traitement qui lui est présenté, plus il aura une ouverture face au procédé en cours et moins il rejettera ce que le thérapeute lui apporte. Ceci rappelle donc une notion importante quand on s'adresse aux styles d'attachement, soit: la flexibilité des représentations mentales de soi et des autres. Plus celles du client sont malléables, plus il aura la chance de prendre en considération les nouvelles informations offertes par le thérapeute, favorisant son processus de changement.

Dans notre étude, les clients des différents types d'attachement n'ont pas démontré de différences significatives quant à leurs réponses de changement. En premier lieu, le fait que les thérapeutes soient en processus d'apprentissage, que leurs clients se présentent sur une base «volontaire» et que la démarche se fasse sur une très courte période (un maximum de 10 séances gratuites), sont des facteurs qui pourraient expliquer cette absence de différence. Il est également possible que l'emploi d'un seul instrument

mesurant le changement ait amputé les résultats escomptés. Finalement, Kenny et Rice (1995) proposent que la relation entre l'attachement et le changement soit modulée par des facteurs cognitifs (p.ex., cognitions disfonctionnelles, attribution). Il serait donc de mise d'ajouter cette composante aux recherches éventuelles.

À cette étape-ci, il est pertinent de s'arrêter sur la nature de nos instruments et son impact sur les résultats qui en découlent. L'utilisation unique d'instruments d'auto-enregistrement peut avoir favorisé un biais à l'intérieur de la récolte des données. Il aurait donc été approprié d'utiliser une méthode de cueillette d'informations qui inclue à la fois l'utilisation de questionnaires et l'observation directe de comportements. Ceci aurait alors favorisé une procédure plus complète et plus riche, permettant ainsi d'augmenter la validité interne de la recherche.

#### Relations entre l'Alliance Thérapeutique et les Réponses de Changement

Tel que postulé à la quinzième hypothèse, plus les clients ont une cote d'alliance thérapeutique élevée, plus ils démontrent des réponses de changement. Spécifiquement, plus la qualité de l'alliance développée est forte, plus le client démontre de l'optimisme, des progrès, des efforts, de la persistance ainsi qu'un sentiment de compétence à l'intérieur de sa psychothérapie. Le sens de cette relation corrobore les résultats des recherches qui s'attardent à l'alliance thérapeutique et aux réponses de changement chez

les clients (Dietzel & Abeles, 1975; Dozier et al., 1994; Frieswyk et al., 1986; Grencavage & Norcross, 1990; Kivlighan & Schmitz, 1992). Il est à souligner que cette même relation est trouvée, que ce soit au milieu du déroulement de la relation d'aide ou à la fin. Pour ce qui est de la présente recherche, des analyses supplémentaires indiquent également un lien entre l'alliance des clients à la deuxième passation et leurs réponses de changement à la troisième passation ainsi qu'entre l'alliance et la perception de changement des clients, toutes deux au temps trois.

L'association trouvée entre la qualité de l'alliance et les réponses de changements peut s'expliquer par le contexte thérapeutique dans lequel les participants à l'étude se retrouvent. Étant donné que les stagiaires prennent part à un cours de formation, ils épousent leur rôle de thérapeute pour la première fois. Avertis de cette situation et sachant que la démarche de relation d'aide est à très court terme, les superviseurs choisissent possiblement de mettre l'emphasis sur l'établissement d'un lien thérapeute-client solide plutôt que sur les diverses techniques d'intervention thérapeutique à mettre en application (Gaston et al., 1988). Si c'est cette optique qui est choisie, elle semble donc judicieuse et fructueuse, car elle respecte les résultats expérimentaux ci-haut mentionnés en plus de permettre aux thérapeutes-stagiaires de faire cheminer leurs clients vers l'objectif ultime de leur démarche de consultation, soit: de changer et de remédier à une situation d'inconfort (Dumka et al., 1995).



Il semble donc important que le thérapeute et son client arrivent à établir un contact dès le début des rencontres (Foreman & Marmar, 1985; Kokotovic & Tracey, 1990), surtout qu'il est également reconnu que la difficulté de former un lien thérapeutique de confiance dès le départ peut contribuer à limiter les réponses de changement en fin de processus (Satterfield & Lyddon, 1995).

#### Distinction des Rapports entre l'Attachement au Thérapeute et l'Alliance Thérapeutique

Un survol rapide de la littérature consacrée au thème de la psychothérapie permet de constater qu'il y a un nombre considérable d'instruments qui s'attardent à mesurer la relation thérapeutique. La récente adhésion du CATS (Mallinckrodt et al., 1995) à ce champ empirique est digne de mention parce qu'il tente d'amener un nouvel éclairage au lien thérapeute-client.

Selon Mallinckrodt et al. (1995), la faible variance partagée entre l'alliance et deux des trois sous-échelles du CATS (préoccupé/fusionnel, évitant/craintif) lui permet de conclure que les deux instruments ne mesurent pas le même concept. En fait, ils prétendent que les questionnaires d'alliance thérapeutique captent la «vraie» relation entre le client et son thérapeute, alors que le questionnaire d'attachement au thérapeute, portant sur la relation actuelle fortement influencée par les expériences passées, permettrait plutôt

de mesurer le transfert thérapeutique. Il faut mentionner que le questionnaire d'alliance (Working Alliance Inventory, WAI; Horvath & Greenberg, 1989) utilisé par Mallinckrodt et al. (1995) est différent de celui de la présente étude (CALPAS; Gaston et al., 1988).

Après avoir utilisé différentes stratégies pour vérifier si l'attachement au thérapeute et l'alliance thérapeutique constituent des concepts distincts, nos résultats n'appuient pas cette proposition. La conclusion de nos investigations nous amène donc à prioriser l'idée qu'il y a un chevauchement important entre ces deux instruments. Il est possible que l'attachement sécurisant au thérapeute recoupe une dimension importante mesurée par le CALPAS de Gaston et al. (1988), c'est-à-dire l'aspect du lien de confiance ou de la dimension émotionnelle de l'alliance; Mallinckrodt (1995) trouve d'ailleurs une corrélation de .82 entre l'attachement sécurisant au thérapeute et l'alliance. Robbins (1995) opte également pour cette position. Il rapporte en effet que l'analyse factorielle exploratoire, effectuée par Mallinckrodt (1995) pour la sélection des items des sous-échelles du CATS, a fait ressortir un facteur général libellé sécurisant. Celui-ci se présenterait donc comme une formulation alternative à l'alliance thérapeutique. Ainsi, bien que les deux instruments semblent mesurer la même chose, il reste à démontrer s'ils se distinguent au niveau de leur validité discriminante. De plus, d'autres études réalisées auprès d'un plus grand échantillon devront statuer sur le réel chevauchement entre les deux instruments.

### Appariement des Thérapeutes-Stagiaires et des Clients selon leur Style d'Attachement

Aucune étude n'avait encore été effectuée sur l'appariement des thérapeutes et des clients en fonction de leur style d'attachement. Cette étude est donc novatrice dans ce domaine. Il est intéressant de noter que même si 76% des dyades sont formées d'un thérapeute sécurisant, il y a tout de même 24% des dyades dans lesquelles le thérapeute est de style non sécurisant. De telles informations peuvent enrichir le travail des superviseurs auprès de ces thérapeutes en formation. Contrairement aux attentes, les résultats ne démontrent pas que les dyades sécurisantes développent une alliance thérapeutique plus élevée que les dyades non sécurisantes. Même des analyses supplémentaires, non présentées dans la section résultats et réalisées auprès des thérapeutes, montrent que leur perception de l'alliance ne diffère pas selon les quatre types d'appariements des dyades. L'alliance n'est donc pas vue comme ayant des cycles particuliers de développement selon le type de d'appariement qui la sous-tend. Ceci ne corrobore donc pas certaines recherches qui trouvent un lien entre l'appariement des clients et des thérapeutes sur différentes caractéristiques personnelles et la relation thérapeutique (Al-Darmaki & Kivlighan, 1993; Kiesler & Watkins, 1989; Talley et al., 1990).

Il est important de souligner que le pairage des thérapeutes et des clients dans quatre types de dyades d'attachement montre que certaines catégories sont sous représentées (non sécurisant/sécurisant; non sécurisant/non sécurisant). Aussi, le manque d'individus (surtout chez les thérapeutes) de style anxieux/ambivalent nous a amenés à les regrouper avec les individus de style évitant. Shaver et Norman (1995) font toutefois remarquer que ce sont tous les deux des insécurités, mais de différentes natures. Il est donc possible que cette combinaison dans une seule catégorie ait eu un impact inhibant sur les différences attendues entre les dyades quant à leur niveau d'alliance thérapeutique.

Le champ d'application de la théorie de l'attachement a subi une grande expansion à travers les années. Originellement utilisée afin de mieux comprendre les relations entre les enfants et leurs figures significatives d'attachement, la théorie de Bowlby a pris d'assaut les relations adultes pour être récemment appliquée au contexte thérapeutique. Cette extrapolation a toujours eu comme assise justificative la similitude des différents contextes énumérés ci-haut. Toutefois, il y a un élément important qui n'a pas été pris en considération et qui pourrait fournir une explication à l'absence de lien entre l'appariement des styles d'attachement et l'alliance thérapeutique.

Les études effectuées sur des couples démontrent massivement que les unions où les deux membres affichent un attachement sécurisant expriment davantage de satisfaction et présentent une adaptation conjugale meilleure que celles où l'un ou deux membres se

présente avec un attachement non sécurisant (Lapointe et al., 1994; Senchak & Leonard, 1992; Simpson, 1990). Elles affirment aussi que les styles d'attachement constituent une dimension importante lors du choix du partenaire amoureux et de l'engagement dans une relation durable (Collins & Read, 1990; Feeney & Noller, 1990; Hazan et Shaver, 1987). En effet, ils trouvent que l'appariement se fait majoritairement selon la similarité dans les styles d'attachement, le type de dyade le plus représenté étant celui où les deux conjoints sont de style sécurisant. Étant donné que les thérapeutes et les clients de la présente étude ont été appariés de façon aléatoire, il y a eu absence de choix pour les deux membres. Ceci peut contribuer à expliquer la non-confirimation de l'hypothèse de recherche 16 et suggère aux recherches futures de recruter deux types de dyades thérapeute-client: un groupe où les thérapeutes et les clients ont choisi de travailler ensemble et un groupe où l'appariement est imposé. Sachant que la figure d'attachement primaire est majoritairement représentée par la mère, il serait pertinent de vérifier si le sexe du thérapeute a également un impact dans l'étude de l'appariement des thérapeutes et des clients.

Dozier et ses collaborateurs (1994) sont parmi ceux qui prônent l'importance des organisations d'attachement des thérapeutes en psychothérapie, affirmant que les aidants endossent leur rôle en conformité avec leur style personnel. Cette conception repose sur leurs résultats trouvés auprès de thérapeutes professionnels et de réels clients en recherche d'aide. Ces caractéristiques se distinguent donc grandement de notre échantillon où les

thérapeutes sont étudiants en formation au baccalauréat en psychologie. Comme stagiaires, ils sont en processus d'apprentissage et obligatoirement suivis par un superviseur. Cette position «hiérarchique» peut venir contaminer nos résultats et expliquer l'absence de différence entre les différentes dyades sur l'alliance thérapeutique. En effet, il est possible que les superviseurs obligent les thérapeutes-stagiaires à adopter des comportements et des attitudes (se rapprochent de ceux exhibés par les individus du style d'attachement sécurisant) qui ne concordent pas avec leur style propre d'attachement. Ainsi, un thérapeute-stagiaire peut évaluer son style d'attachement d'une façon et agir autrement sous les recommandations de son superviseur. Il ne faut pas oublier que les étudiants-stagiaires sont directement ou indirectement évalués par rapport à leur performance comme thérapeute.

Dans leur article, Friedlander, Kevin, Peca-Baker et Olk (1986) soulignent d'ailleurs le double rôle des thérapeutes-stagiaires. Ils expliquent que ceux-ci ont une relation de subordonné avec leur enseignant et de «supérieur» avec leurs clients, pouvant mener à des conflits de rôles. Ultérieurement, il serait donc de mise de vérifier s'il y a une différence entre des psychologues autonomes et ceux qui sont supervisés dans le cadre d'un processus d'apprentissage. Contrairement à notre recherche où les participants évaluent seulement leur propre style d'attachement, il pourrait aussi être pertinent d'examiner l'évaluation que feraient les membres de la dyade du style d'attachement de la personne avec qui ils sont jumelés. Des différences au niveau de l'appariement de

l'attachement pourraient ressortir à l'instar des études sur les attributions traitant des biais entre acteurs et observateurs.

Une dimension importante à discuter lorsqu'on s'attarde aux aspects dyadiques d'une relation, est la nature de l'appariement. À ce jour, les chercheurs s'opposent encore à savoir s'il est préférable que les membres d'une dyade s'apparient sur une base complémentaire ou pas, afin d'avoir une union idéale (Hammond & Fletcher, 1991). D'un côté, il y a ceux qui suggèrent que la complémentarité renforce les clients dans leurs comportements inadaptés et encourage le maintien, alors que de l'autre côté, il y a ceux qui croient qu'une position non complémentaire est trop anxiogène et nuit à l'apparition de changements thérapeutiques (Dietzel & Abeles, 1975; Dolan et al., 1993; McCullough et al., 1991). Les auteurs tentent toutefois de rallier ces deux positions en proposant un concept de complémentarité dynamique où il y a ajustement. Ainsi, ils croient qu'au début de la démarche de relation d'aide le thérapeute se doit de présenter une certaine complémentarité afin d'offrir un contexte sécurisant, propice au développement de l'alliance. Par la suite, la complémentarité devrait diminuer avec l'avancement des séances pour revenir à un niveau plus élevé à la fin de la démarche afin de s'assurer de bien renforcer les nouveaux comportements adoptés.

Dans notre échantillon, il se peut que les thérapeutes-stagiaires, par leur manque d'expérience, n'aient pas su être sensibles à l'évolution de la relation d'aide, ce qui a pu

limiter leur niveau d'ajustement au client. Afin de favoriser l'établissement de ce processus, il pourrait être indiqué de permettre aux thérapeutes d'avoir accès à l'évaluation que leurs clients font de leur propre style d'attachement. Les aidants auraient alors en main l'information nécessaire, un point de référence sur lequel se baser pour choisir le degré de complémentarité à offrir, selon le client et selon le développement des rencontres. De plus, il serait intéressant d'exploiter l'évolution de l'alliance à la suite de chaque séance puisque des études (Kivlighan & Shaughnessy, 1995; Piper et al., 1995) démontrent qu'une fluctuation de l'alliance peut avoir d'importantes répercussions sur les résultats d'une thérapie ou l'évaluation de celle-ci.

Kivlighan et Shaughnessy (1995) ont regardé s'il y avait un lien entre l'évaluation que le thérapeute fait de l'alliance thérapeutique et celle du client. C'est seulement à partir de la septième séance qu'ils trouvent une relation entre les deux et son seuil de signification augmente avec l'avancement de la démarche. Il est donc possible de dire que les deux membres de la dyade thérapeutique ont une perception initialement différente de l'alliance, qui tend toutefois à converger avec le temps (Bachelor et al., 1993; Piper et al., 1995). Lors de la deuxième passation de notre expérimentation, les dyades en étaient à leur cinquième rencontre, ce qui pourrait expliquer l'absence de liens entre l'appariement et l'évaluation de l'alliance.



La pertinence et la validité de demander à des thérapeutes-stagiaires et à leurs clients de se prononcer sur l'évaluation de la qualité de la relation thérapeutique qui les unit nous questionnent. L'écart démontré par Kivlighan et Shaughnessy (1995) est intéressant et permet de se demander laquelle des deux évaluations est la plus fidèle à la nature du processus thérapeutique en cours. Bien que des thérapeutes en formation aient moins la maîtrise des techniques servant à la conduite d'une psychothérapie que des professionnels, on leur confère spontanément une évaluation aussi juste de l'alliance (Hatcher, & Barends, 1996). Il est toutefois à noter que les aidants et les clients de la présente recherche n'ont reçu aucun entraînement pour utiliser le CALPAS (Gaston et al., 1988). Pour remédier à cette situation, Gaston suggère que les thérapeutes appelés à utiliser son instrument reçoivent une formation en bonne et due forme. Selon elle, ceux-ci devraient assister à un cours donné par un clinicien professionnel qui leur enseigne l'aspect théorique de l'alliance et la façon dont le CALPAS la mesure. Elle suggère aussi que les thérapeutes aient la chance de s'exercer quelques fois sur des extraits vidéo afin d'augmenter la fidélité de leurs évaluations ultérieures. Ce manque de formation peut-être à l'origine de la non-confirmation de notre hypothèse 16.

L'hypothèse 17 qui stipule que les dyades composées d'un thérapeute et d'un client ayant tous les deux un style d'attachement sécurisant rapporteront des réponses de changement plus fortes comparativement aux dyades constituées d'un ou de deux membres avec un style d'attachement non-sécurisant n'est pas appuyée. Ainsi,

contrairement à ce qu'affirment certains auteurs (Lopez, 1995; Paterson & Moran, 1988; Pistole, 1989; Pistole & Watkins, 1995), la théorie de l'attachement participe de façon mitigée à la compréhension de l'impact de la dynamique entre les caractéristiques personnelles des clients et des thérapeutes sur le changement. Ceci diffère donc des résultats de Dozier et al. (1994) qui démontrent l'importance de l'appariement des styles d'attachement dans le processus d'intervention. Il est à noter que dans la présente étude il n'y a qu'une seule mesure de changement et que seuls les clients répondent à ce questionnaire. L'utilisation des thérapeutes, de juges et des superviseurs comme évaluateurs du changement pourrait donc donner des conclusions plus probantes ou, du moins, plus objectives.

Également, il est possible que l'instrument que nous avons utilisé afin de mesurer le changement ne soit pas optimal quand on le met en relation avec l'appariement des styles d'attachement. Le changement est un processus personnel qui demande au client de se centrer sur lui afin d'en donner son appréciation. À titre spéculatif, on peut se questionner sur le niveau de satisfaction que les clients ont de leur démarche de relation d'aide (de la même façon que les études sur l'appariement des conjoints utilisent une mesure de satisfaction conjugale) afin de mieux vérifier l'impact de la nature de l'appariement sur la finalité de la démarche de consultation. Cette dernière façon oblige donc les deux membres à se pencher sur la relation qui les unit.

## Modèles Prévisionnels des Dimensions d'Attachement et de l'Alliance Thérapeutique sur les Réponses de Changement

Un survol de la littérature permet de constater que les variables d'attachement, d'alliance et de changement n'ont pas été regardées de manière simultanée (Mallinckrodt et al., 1995). De façon originale, notre démarche a permis de vérifier les contributions de l'attachement et de l'alliance pour prédire les réponses de changement. Les analyses de régressions multiples révèlent que les dimensions d'attachement ne contribuent pas de manière significative à l'explication des réponses de changement. Par contre, une fois cette contribution mesurée, l'alliance thérapeutique offre une explication significative aux cotes d'optimisme et du progrès perçu. Il y a lieu de se questionner si l'on doit ralentir le vif enthousiasme de certains auteurs pour l'application de la théorie de l'attachement au domaine clinique. Il faudra assurément d'autres recherches avant de lui attribuer un statut de métaperspective au niveau de la psychologie clinique.

Un autre des aspects novateurs de cette recherche a été de vérifier la valeur modératrice de l'alliance dans la relation unissant les dimensions d'attachement des clients et leurs réponses de changement. Nos résultats démontrent l'existence d'un effet d'interaction entre la dimension détaché/préoccupé et l'alliance thérapeutique, témoignant d'un effet modulateur de cette dernière sur le processus de changement. En effet, pour les clients détaché/préoccupé, la relation entre leur attachement et leurs réponses de

changement est modifiée par la force de l'alliance qu'ils développent envers leur thérapeute. Plus précisément, les clients préoccupés qui sont capables de développer une bonne alliance thérapeutique sont susceptibles de percevoir des changements positifs en thérapie (toutefois cette relation n'atteint pas le seuil de signification). Par contre, lorsque l'alliance développée en cours de thérapie est faible, les clients du style d'attachement préoccupé rapportent peu de changement. Autrement dit, l'alliance qui est développée au cours de la psychothérapie peut permettre de moduler l'impact d'un attachement préoccupé sur les réponses de changement. Au niveau clinique, ces résultats impliquent que les thérapeutes doivent bâtir une alliance thérapeutique solide avec des clients préoccupés s'ils veulent que ceux-ci perçoivent du changement.

En somme, la nature du changement thérapeutique et son apport au bien-être du client sont des préoccupations souvent évoquées par les cliniciens et les chercheurs (Hanna & Ritchie, 1995). Étant démontré que la démarche thérapeutique est souvent influencée par une myriade de variables individuelles (p.ex., l'attachement) et contextuelles (p.ex, l'alliance), l'intérêt que porte la présente recherche à l'étude interactive plutôt que linéaire de l'attachement et de l'alliance permet une nouvelle compréhension du processus thérapeutique.

Par ailleurs, il est important de spécifier qu'une série d'analyses a été effectuée avec les variables d'attachement, d'alliance et de changement à la troisième passation.

Les résultats n'ont pas fait l'objet d'un rapport systématique car leur présentation aurait surchargé considérablement la section résultats. De plus, les conclusions qui en émanent vont dans le même sens que celles portant sur les mesures au deuxième temps. Donc, il n'y a pas plus de résultats significatifs qui pourraient enrichir notre compréhension entre les variables. De même, des données uniquement pour les thérapeutes et de nature dyadique, c'est-à-dire l'interaction entre les réponses du thérapeute et celles du clients, ont été entrées dans les analyses de régression. Celles-ci n'ont pas contribué de façon significative à l'augmentation de la variance expliquée.

Enfin, il faut préciser que la distribution de la majorité des variables de cette étude déviaient sévèrement du postulat de la normalité. La courbe normale est à la base des analyses statistiques paramétriques. Même la réduction des valeurs extrêmes (celles qui dépassent de plus de deux écarts-types ont été ramenées à deux écarts-types) ou l'application d'analyses non paramétriques n'ont pas fait ressortir de résultats significatifs. Puisque dans la présente étude les variances étaient grandes, cela peut contribuer à expliquer l'absence de résultats significatifs. L'échantillon de clients présentait aussi une distribution trop hétérogène (alors que le contraire s'applique au groupe des thérapeutes). Cette observation soulève une difficulté sérieuse dans la réalisation d'une recherche clinique avec des clients dont une forte majorité ne sont pas de «vrais» clients ayant un réel besoin d'aide psychologique. En effet, plusieurs clients se sont inscrits à l'activité offerte dans le cours de Techniques d'entrevues par curiosité ou parce qu'ils étaient

sollicités par les étudiants-stagiaires (les thérapeutes participaient au recrutement des clients pour les fins de leur apprentissage, les clients étant redistribués entre les thérapeutes; le client ne devait pas être connu ni du thérapeute, ni des autres étudiants du groupe de supervision).

Étant donné un tel recrutement, plusieurs clients n'avaient pas de réels problèmes, alors que d'autres, au contraire, présentaient de sérieuses difficultés psychologiques. Il aurait peut-être fallu exclure des analyses les sujets présentant des valeurs extrêmes ou aberrantes. Plusieurs auteurs utilisent cette procédure. Par exemple, dans une étude réalisée auprès de 98 clients, Bieschke, Bowman, Hopkins, & McFadden (1995) réduisent leur échantillon de 8.5% sur la base d'une analyse de distribution. Dans la présente étude, cette procédure aurait entraîné l'exclusion d'une trentaine de sujets présentant des valeurs extrêmes ou aberrantes. Le fait d'avoir opté pour la conservation du nombre total de clients a pu contribuer à créer une erreur de type deux.

Il est important de rappeler la complexité de l'évaluation de l'attachement adulte et d'admettre que les mesures d'attachement auto-administrées arrivent difficilement à le circonscrire. Étant donné le contexte particulier à l'intérieur duquel la présente recherche a eu lieu, il faut se questionner sur la place qui était réservée aux manifestations réelles de l'attachement. Les particularités de l'échantillon (thérapeutes en formation et clients qui étaient majoritairement des étudiants) et la courte durée du processus thérapeutique

à l'intérieur duquel les participants évoluaient permettent donc difficilement de préciser si ces derniers ont pu laisser une libre place à l'éveil de leurs propres comportements d'attachement. De plus, l'inexpérience clinique et la jeunesse des thérapeutes-stagiaires risquent d'avoir freiné les clients dans leur motivation à les considérer comme une nouvelle figure d'attachement, ne permettant pas à l'aidant de remplir son rôle de base sécurisante. Sachant que la thérapie ne durait que neuf ou dix rencontres et que leur thérapeute n'était pas un vrai professionnel, il se peut que les clients se soient servis de ces arguments pour limiter l'influence de la relation d'attachement et maintenir une attitude d'indépendance. Ainsi, les concepts d'attachement n'ont pas pu trouver une place appropriée dans la présente formule de services d'aide thérapeutique, évitant aux patrons d'attachement des thérapeutes et des clients de s'activer réellement.

Il est à souligner que les deux questionnaires d'attachement (catégoriel et dimensionnel) utilisés dans la présente étude mettent l'accent sur les liens émotionnels développés dans les relations d'intimité et amoureuses. Contrairement aux études sur les relations conjugales, le contexte thérapeutique présente des paramètres qui divergent de ceux constituant un contexte d'attachement. Par exemple, le fait que le thérapeute ne soit pas disponible en tout temps, qu'il n'offre pas de contact physique et que le client doive le rémunérer lors des consultations s'oppose aux caractéristiques de base d'une figure d'attachement. On peut donc affirmer que les styles d'attachement adultes, tels que conceptualisés par Hazan et Shaver (1987) et Bartholomew et Horowitz (1991), qui

traitent du niveau de proximité et de contact dans une relation intime et plus spécifiquement amoureuse, a peu de similarité avec le contexte thérapeutique. Il aurait été peut-être plus adéquat de mesurer l'histoire d'attachement et les expériences passées non sécurisantes. De plus, on ne peut affirmer que la mesure spécifique d'attachement envers le thérapeute se distingue de l'alliance, d'où l'utilité questionnable de ce nouvel outil d'attachement en psychologie clinique.

En dernier lieu, il faut rappeler que notre étude a été réalisée auprès de deux groupes appariés, soit: le sous-groupe des thérapeutes qui est formé d'étudiants en troisième année de baccalauréat en psychologie et le sous-groupe des clients qui est composé d'individus recrutés aux environs de Trois-Rivières, surtout dans la communauté universitaire. Cette constitution particulière a pour conséquence de créer une diminution de la validité externe de l'étude. Ainsi, en raison de la nature de l'échantillon et de la particularité du contexte d'apprentissage du thérapeute, il faut limiter la généralisation des résultats de l'étude à des thérapeutes apprentis et à une clientèle universitaire.

Les expériences relationnelles précoces ont été démontrées comme influençant fortement le fonctionnement interpersonnel adulte et l'attachement non sécurisant comme favorable au développement d'une psychopathologie (Paterson & Moran, 1988). Shaver et Norman (1995) rapportent d'ailleurs des résultats concluant d'études sur les styles d'attachement des clients présentant une pathologie. Ces derniers font un lien important



entre un attachement non sécurisant et des traits de personnalité état limite, schizoïde et avec une histoire d'abus (West et al., 1994). La théorie de l'attachement semble ainsi une perspective utile pour guider un diagnostic clinique (Farber et al., 1995). Les conclusions de notre étude soutiennent cette éventualité, mais soulignent que le potentiel de celle-ci sera uniquement remarquable s'il y a un travail thérapeutique direct sur l'attachement et ses composantes. Pour y arriver, les chercheurs doivent d'abord réussir à modifier les questionnaires d'attachement afin de tendre vers une mesure plus précise, davantage spécifique aux processus psychothérapeutique entre un client et son thérapeute. En parallèle, les cliniciens se doivent d'orienter leurs interventions vers une utilisation concrète des concepts d'attachement à l'intérieur de leur cadre de travail. Une prochaine étude devrait donc se faire dans un vrai contexte thérapeutique avec des thérapeutes professionnels et de «vrais» clients, c'est-à-dire présentant des difficultés psychologiques.

## Conclusion

Désirant s'insérer à l'intérieur du courant contemporain de recherche sur la psychothérapie, la présente étude visait spécifiquement à vérifier la valeur de la théorie de l'attachement dans un contexte clinique. La découverte du rôle modérateur de l'alliance thérapeutique dans la relation unissant l'attachement du client et ses réponses de changement est grandement novatrice et mérite de s'y attarder davantage. Ainsi, cette recherche a su démontrer la nécessité et l'importance de continuer l'investigation de ce champ d'intérêts. Il faut toutefois encourager le développement de méthodes d'évaluation et de traitements de plus en plus efficaces et mieux adaptés aux différents types pathologiques ou dysfonctionnels d'attachement qui tiendront compte de la nature de l'appariement des thérapeutes et des clients lors d'une démarche de consultation (Goldfried & Wolf, 1996). À certains égards, notre recherche a donc pu contribuer à faire avancer les connaissances et apporter des précisions quant à l'application de l'attachement à l'intérieur d'une relation d'aide chez une population adulte. Avec un raffinement, l'implication thérapeutique de la théorie d'attachement demeure donc une avenue prometteuse pour les thérapeutes qui désirent en faire une application clinique.

## Références

- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park: Sage.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hilldale, NJ: Erlbaum.
- Alain, M. (1997, Janvier). L'efficacité des psychothérapies: Ce qu'en dit la recherche contemporaine. *Psychologie Québec*, pp.16-20.
- AL-Darmaki, F., & Kivlighan, D. M. (1993). Congruence in client-counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 379-384.
- Bachelor, A., Guérin, M. C., Théorêt, M., Poitras, J., & Tremblay, J. (1993). L'alliance thérapeutique: Le point de vue des clients. *Psychothérapies*, 3, 171-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew, K., & Thompson, J. M. (1995). The application of attachment theory to counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 23, 484-490.
- Bieschke, K. J., Bowman, G. D., Hopkins, M., Levine, H., & McFadden, K. (1995). Improvement and satisfaction with short-term therapy at a university counseling center. *Journal of College Student Development*, 36, 533-559.
- Biringen, Z. (1994). Attachment theory and research: Application to clinical practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 404-419.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte: L'attachement* (vol. 1). Paris: Presses Universitaires de France.
- Bowlby, J. (1973). *Attachement et perte: La séparation: Angoisse et colère* (vol. 2). Paris: Presses Universitaires de France.

- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. In S.C. Feinstein & P.L. Giovachini (Eds.). *Adolescent psychiatry*, Vol 6: *Development and clinical studies* (pp.5-33). Chicago: University of Chicago Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachement et perte: La perte: Tristesse et dépression* (vol. 3). Paris: Presses Universitaires.
- Bowlby, J. (1988). *Clinical applications of attachment: A secure base*. London: Routledge.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Chalifour, J. (1993). *Enseigner la relation d'aide*. Québec: Gaëtan Morin.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Dietzel, C. S., & Abeles, N. (1975). Client-therapist complementarity and therapeutic outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 264-272.
- Dolan, R. T., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1993). Client attachment style and the psychotherapist's interpersonal stance. *Psychotherapy*, 30, 408-412.
- Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793-800.
- Dumka, L. E., Sprenkle, D. H., & Martin, P. (1995). Development of brief scales to monitor clients' constructions of change. *Journal of Family Psychology*, 9, 385-401.
- Eaton, T. T., Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25, 536-542.
- Farber, B. A., Lippert, R. A., & Nevas, D. B. (1995). The therapist as attachment figure. *Psychotherapy*, 32, 204-212.

- Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281-291.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 142, 922-926.
- Friedlander, M. L., Keller, K. E., Peca-Baker, T. A., & Olk, M. E. (1986). Effects of role conflict on counselor trainees' self-statements, anxiety, and performance. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 73-77.
- Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., Coyon, L., Gabbard, G. O., Horwitz, L., & Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 32-38.
- Fuller, T. L., & Fincham, F. D. (1995). Attachment style in married couples: Relation to current marital functioning, stability over time, and method of assessment. *Personal Relationships*, 2, 17-34.
- Gaston, L. (1990). The concept of alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 68-74.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W., & Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 483-489.
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51, 1007-1016.

- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 372-378.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. *Advances in Personal Relationships*, 5, 17-52.
- Hamel, S. (1995). Styles d'attachement, stratégies d'adaptation et détresse psychologique chez des jeunes adultes: Comparaison de groupes clinique et non clinique. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Hammond, J. R., & Fletcher, G. J. O. (1991). Attachment styles and relationship satisfaction in the development of close relationships. *New Zealand Journal of Psychology*, 20, 56-62.
- Hanna, F. J., & Puhakka, K. (1991). When psychotherapy works: Pinpointing an element of change. *Psychotherapy*, 28, 598-607.
- Hanna, F. J., & Ritchie, M. H. (1995). Seeking the active ingredients of psychotherapeutic change: Within and outside the context of therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 176-183.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1326-1336.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- Hill, C. E., & Corbett, M. M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 3-24.
- Holmes, J. (1993). Attachment theory: A biological basis for psychotherapy? *British Journal of Psychiatry*, 163, 430-438.



- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 549-560.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41*, 159-164.
- Janoff-Bulman, R., & Schwartzberg, S. S. (1991). Toward a general model of personal change. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Éds), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 488-509). New York: Pergamon Press.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1992). Emotionally focused Therapy: Restoring attachment. In S. H. Budman, M. F. Hoyt, & S. Friedman, S. (Éds), *The first session in brief therapy* (pp.204-224). New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1995). The emotionally focused approach to problems in adult attachment. In N. S. Jacobson, & A. S. Gurman( (Éds), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (121-141). New York: Guilford Press.
- Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 48-55.
- Keelan, J. P. R., Dion, K. L., Dion, K. K. (1994). Attachment style and heterosexual relation ships among young adults: A short-term panel study. *Journal of Social and Personal Relationships, 11*, 201-214.
- Keeny, M. E., & Rice, K. G. (1995). Attachment to parents and adjustment in late adolescent college students: Current status, applications, and future considerations. *The Counseling Psychologist, 23*, 433-456.
- Kiesler, D. J., & Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy, 26*, 183-194.

- Kirkpatrick, L. A., & Hazan, C. (1994). Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships, 1*, 123-142.
- Kivlighan, D. M. (1990). Relation between counselors' use of intentions and clients' perception of working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 27-32.
- Kivlighan, D. M., & Schmitz, P. J. (1992). Counselor technical activity in cases with improving working alliances and continuing-poor working alliances. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 32-38.
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 338-349.
- Klee, M. R., Abeles, N., & Muller, R. T. (1990). Therapeutic alliance: Early indicators, course, and outcome. *Psychotherapy, 27*, 166-174.
- Kobak, R. R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 861-869.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working model, affect regulation, and representation of self and others. *Child development, 59*, 135-146.
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 16-21.
- Lambert, V., Lussier, Y., Sabourin, S., John, W. (1995). Attachement, solitude et détresse psychologique chez des jeunes adultes. *Journal International de Psychologie, 30*, 109-131.
- Lapointe, G., Lussier, Y., Sabourin, S., & Wright, J. (1994). La nature et les corrélats de l'attachement au sein des relations de couple. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 26*, 551-565.
- Lopez, F. G. (1995). Contemporary attachment theory: An introduction with implications for counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 23*, 395-415.

- Lussier, Y. (1996). *Le Questionnaire d'évaluation des dimensions de l'attachement*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1 & 2), 66-104.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 401-409.
- Mallinckrodt, B. (1993). Session impact, working alliance, and treatment outcome in brief counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 25-32.
- Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *Journal of counseling psychology*, 43, 448-455.
- Mallinckrodt, B., Coble, H. M., & Gantt, D. L. (1995a). Toward differentiating client attachment from working alliance and transference: Reply to Robbins (1995). *Journal of Counseling Psychology*, 42, 320-322.
- Mallinckrodt, B., Coble, H. M., & Gantt, D. L. (1995b). Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 79-84.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317.
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D., & Thompson, L.W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 464-472.
- McCullough, L., Farber, B. A., Winston, A., Porter, F., Pollack, J., Vingiano, W., Laikin, M., & Trujillo, M. (1991). The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 525-533.
- Mikulincer, M., & Erev, I. (1991). Attachment style and the structure of romantic love. *British Journal of Social Psychology*, 30, 273-291.

- Mikulincer, M., Florian, V., & Tolmacz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 273-280.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the gulf war in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Mikulincer, M., & Nachshon, O. (1991). Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social psychology*, 61, 321-331.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Paterson, R. J., & Moran, G. (1988). Attachment theorie, personality development, and psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 611-636.
- Piper, W. E., Boroto, D. R., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. A. (1995). Pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 32, 639-647.
- Pistole, C. (1989). Attachment: Implications for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 68, 190-193.
- Pistole, M. C., & Watkins, C. E. (1995). Attachment theory, counseling process, and supervision. *The Counseling Psychologist*, 23, 457-478.
- Robbins, S. B. (1995). Attachment perspectives on the counseling relationship: Comment on Mallinckrodt, Gantt, and Coble (1995). *Journal of Counseling Psychology*, 42, 318-319.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 549-571.
- Satterfield, W. A., & Lyddon, W. J. (1995). Client attachment and perceptions of the working alliance with counselor trainees. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 187-189.

- Senchak, M., & Leonard, K. E. (1992). Attachment styles and marital adjustment among newlywed couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 51-64.
- Shaver, P. R., & Brennan, K. A. (1992). Attachment styles and the "Big Five" personality traits: Their connections with each other and romantic relationship outcomes. *Personality and Social Psychology*, 18, 536-545.
- Shaver, P. R., & Norman, A. J. (1995). Attachment theory and counseling psychology: A commentary. *The Counseling Psychologist*, 23, 491-500.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.
- Sperling, M. B., Foelsch, P., Grace, C. (1996). Measuring adult attachment: Are self-report instruments congruent? *Journal of Personality Assessment*, 67, 37-51.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Talley, P. F., Strupp, H. H., & Morey, L. C. (1990). Matchmaking in psychotherapy: Patient-therapist dimensions and their impact on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 182-188.
- Tinsley, H. E. A., & Tinsley, D. J.. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 414-424.
- West, M., Rose, M. S., & Sheldon-Keller, A. (1994). Assessment of patterns of insecure attachment in adults and application to dependent and schizoid personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8, 249-256.
- West, M., Sheldon, A., & Reiffer, L. (1989). Attachment theory and brief psychotherapy: Applying current research to clinical interventions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 369-375.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.

## Appendices

## Appendice A

*Lettres de présentation et formulaire de consentement*



Université du Québec à Trois-Rivières

C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada • G9A 5H7  
Téléphone: (819) 376-5011

Janvier 1996

142

Cher étudiant,  
Chère étudiante,

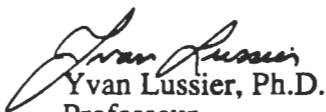
En tant qu'étudiant(e) du cours Techniques d'entrevue II, nous sollicitons votre collaboration à une étude menée par Yvan Lussier, Ph.D., professeur au Département de psychologie de l'UQTR. L'objectif est d'évaluer la qualité de la relation thérapeute-client dans le cadre des services offerts par des étudiant(e)s en formation et ce, en fonction des attitudes et de la personnalité des individus.

- La démarche de relation d'aide que vous allez entreprendre avec votre client(e) et cette recherche étant tout à fait **indépendantes** l'une de l'autre, **vous êtes entièrement libre d'y participer.**
- Il est entendu que votre participation à cette étude ne viendra, d'aucune façon, influencer la relation d'aide que vous poursuivez avec votre client(e) du cours Techniques d'entrevue II.
- Enfin, le contenu de vos échanges avec votre client(e) ne fera aucunement partie de cette recherche.

À notre avis, le temps nécessaire pour répondre à ces questionnaires ne devrait pas dépasser 50 minutes. Avant de répondre au questionnaire, vous devez lire et signer la formule d'engagement mutuel que vous trouverez à la deuxième page. Les questionnaires doivent être complétés en respectant les directives suivantes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Répondez à toutes les questions sans exception, aussi honnêtement et précisément que possible, sans passer trop de temps à réfléchir. Lorsque vous aurez terminé, veuillez nous retourner les questionnaires le plus tôt possible. Nous vous avons fourni, à cet effet, une enveloppe affranchie.

Lors de votre quatrième rencontre avec votre client(e), vous aurez à répondre à trois courts questionnaires. Ceci vous demandera dix minutes de votre temps. Enfin, lors de votre dernière consultation, vous serez contacté(e) de nouveau. Quelques questionnaires vous seront alors soumis. Le temps nécessaire pour répondre aux questionnaires de cette dernière étape ne dépassera pas 40 minutes en moyenne et ceci complètera votre participation à notre recherche. Bien entendu, vous pourrez vous retirer en tout temps de cette recherche.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration si précieuse, ainsi que de l'intérêt que vous portez au service que nous offrons dans le cadre du cours Techniques d'entrevue II.



Yvan Lussier, Ph.D.

Professeur  
Département de psychologie



Janvier 1996

143

Cher client,  
Chère cliente,

Vous avez accepté de participer aux rencontres de relation d'aide offerts par des étudiants de psychologie dans le cadre de leur cours Techniques d'entrevue II. Parallèlement à cette participation, nous sollicitons votre collaboration à une étude menée par Yvan Lussier, Ph.D., professeur au Département de psychologie de l'UQTR. L'objectif est d'évaluer la qualité de la relation thérapeute-client dans le cadre des services offerts par des intervenant(e)s en formation et ce, en fonction des attitudes et de la personnalité des individus.

- Votre démarche actuelle de consultation et cette recherche étant tout à fait **indépendantes** l'une de l'autre, **vous êtes entièrement libre d'y participer**.
- Il est entendu que votre participation à cette étude ne viendra, d'aucune façon, influencer la relation d'aide que vous poursuivez avec votre thérapeute-stagiaire du cours Techniques d'entrevue II.
- De plus, ce (cette) thérapeute ne sera pas informé(e) de vos réponses aux questionnaires.
- Enfin, le contenu de vos échanges avec le(la) consultant(e) demeurera strictement confidentiel et ne fera aucunement partie de cette recherche.

À notre avis, le temps nécessaire pour répondre à ces questionnaires ne devrait pas dépasser 50 minutes. Avant de répondre au questionnaire, vous devez lire et signer la formule d'engagement mutuel que vous trouverez à la deuxième page. Les questionnaires doivent être complétés en respectant les directives suivantes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Répondez à toutes les questions sans exception, aussi honnêtement et précisément que possible, sans passer trop de temps à réfléchir. Lorsque vous aurez terminé, veuillez nous retourner les questionnaires le plus tôt possible. Nous vous avons fourni, à cet effet, une enveloppe affranchie.

Lors de votre quatrième rencontre avec votre thérapeute-stagiaire, vous aurez à répondre à trois courts questionnaires. Ceci vous demandera dix minutes de votre temps. Enfin, lors de votre dernière consultation, vous serez contacté(e) de nouveau. Quelques questionnaires vous seront soumis dont l'un en particulier qui vous permettra d'exprimer votre évaluation des services que vous aurez reçus. Le temps nécessaire pour répondre aux questionnaires de cette dernière étape ne dépassera pas 40 minutes en moyenne et ceci complètera votre participation à notre recherche. Bien entendu, vous pourrez vous retirer en tout temps de cette recherche.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration si précieuse, ainsi que de l'intérêt que vous portez au service que nous offrons dans le cadre du cours Techniques d'entrevue II.

Yvan Lussier, Ph.D.  
Professeur  
Département de psychologie  
Tél. 376-5192

### ENGAGEMENT MUTUEL ET CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des principaux objectifs de la présente étude qu'effectue Yvan Lussier sur la qualité de la relation thérapeute-client dans le cadre des services de relation d'aide offerts dans le cours Techniques d'entrevue II. J'ai été informé qu'il n'y avait aucune relation entre le contenu de mes entrevues et cette recherche. Par conséquent, j'accepte d'y participer volontairement en remplissant les questionnaires ci-joints.

Il est entendu que les renseignements individuels recueillis demeureront strictement confidentiels et que les chercheurs s'engagent à préserver l'anonymat des participants. De plus, mes réponses ne pourront être utilisées à des fins légales. Par ailleurs, **les chercheurs n'auront pas accès au contenu de mes consultations qui demeureront entièrement confidentiels.** Enfin, il est entendu que je pourrai me retirer de cette recherche en tout temps sans que cela n'entraîne de conséquence négative pour moi. De même, les chercheurs peuvent me retirer en tout temps de l'étude.

Signature du (de la ) répondant(e): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature du responsable de l'étude: \_\_\_\_\_

Yvan Lussier, Ph.D.  
Professeur

## Appendice B

Analyse factorielle du questionnaire d'attachement au thérapeute  
et du questionnaire d'alliance thérapeutique

Tableau 8  
Analyse Factorielle du Questionnaire d'Attachement au Thérapeute  
et du Questionnaire d'Alliance Thérapeutique

	Facteurs			
	1	2	3	4
<u>Items du questionnaire d'attachement au thérapeute</u>				
1 <sup>a</sup> . Je n'obtiens pas assez de soutien affectif de mon(ma) thérapeute	.53	.36		
2. Mon(ma) thérapeute est sensible à mes besoins	.45			.31
3. Je pense que mon(ma) thérapeute me désapprouve		-.38		
4. J'aspire à «ne faire qu'un» avec mon(ma) thérapeute			.57	
5. Mon(ma) thérapeute est digne de confiance	.50			
6. Parler de mes problèmes avec mon(ma) thérapeute fait que je me sens honteux(se) ou idiot(e)		-.64		
7. J'aimerais que mon thérapeute soit avec moi tous les jours			.63	
8. Je sens que, d'une façon ou d'une autre, les choses se dérouleront bien pour moi, quand je suis avec mon(ma) thérapeute	.52		.42	
9 <sup>a</sup> . Je sais que je pourrais dire n'importe quoi à mon (ma) thérapeute et qu'il(elle) ne me rejetterait pas		-.45		
10. J'aimerais que mon(ma) thérapeute se sente plus proche de moi			.80	
11 <sup>a</sup> . Mon(ma) thérapeute ne m'accorde pas assez d'attention	.46			
12. Je n'aime pas partager mes sentiments avec mon (ma) thérapeute		-.55		
13. J'aimerais en savoir plus sur mon(ma) thérapeute en tant que personne			.39	
14. Lorsque je manifeste mes sentiments, mon(ma) thérapeute réagit d'une façon aidante	.45			
15. Je me sens humilié(e) pendant mes séances de counseling		-.57		
16. J'envisage d'appeler mon(ma) thérapeute chez lui(elle)			.56	

17. Je ne sais pas à quoi m'attendre au sujet des réactions de mon(ma) thérapeute d'une séance à l'autre			
18. Quelques fois j'ai peur que si je déplaïs à mon(ma) thérapeute il me rejette		-.73	
19. Je pense que je suis le(la) client(e) préféré(e) de mon(ma) thérapeute	.32	-.33	
20. Je peux dire que mon(ma) thérapeute trouve agréable de travailler avec moi	.64		
21. Je pense que mon(ma) thérapeute n'est probablement pas honnête avec moi		-.59	
22. J'aimerais qu'il y ait un moyen me permettant de passer plus de temps avec mon(ma) thérapeute		.79	
23. Je suis contrarié(e) du fait d'avoir à m'occuper par moi-même des problèmes alors que mon(ma) thérapeute pourrait m'aider plus		.54	-.36
24. Mon(ma) thérapeute veut en savoir sur moi plus que ce que je peux lui dire en me sentant à l'aise		-.31	.31
25. J'aimerais faire aussi quelque chose pour mon(ma) thérapeute			-.54
26. Mon(ma) thérapeute m'aide à regarder de près les choses qui sont effrayantes ou troublantes qui me sont arrivées	.49		
27. Je me sens en sécurité avec mon(ma) thérapeute	.66		
28. J'aimerais que mon(ma) thérapeute ne soit pas mon(ma) thérapeute pour que nous puissions être ami(e)s	.51	.42	
29. Mon(ma) thérapeute est une présence réconfortante pour moi lorsque je suis contrarié(e)	.71		
30. Mon(ma) thérapeute me traite plus comme un(e) enfant que comme un(e) adulte		-.33	
31. Je me pose souvent des questions au sujet des autres clients de mon(ma) thérapeute		-.52	
32. Je sais que mon(ma) thérapeute comprendra les choses qui me dérangent	.44		.40
33*. Il m'est difficile de faire confiance à mon(ma) thérapeute	.46		.32
34. Je me sens sûr (sure) du fait que mon(ma) thérapeute sera là si j'ai vraiment besoin de lui(elle)	.67	.37	

35<sup>a</sup>. Je ne suis pas certain(e) du fait que mon(ma) thérapeute se soucie tant que ça de moi .56

36. Lorsque je suis avec mon(ma) thérapeute, je sens que je suis sa priorité .42

Items du questionnaire d'alliance thérapeutique

1<sup>a</sup>. Avez-vous été tenté de mettre fin à la thérapie lorsque vous étiez fâché(e) ou déçu(e)? .32

2<sup>a</sup>. Vous êtes-vous senti(e) pressé(e) par votre thérapeute de changer avant que vous ne soyez prêt(e)? .44

3. Lorsque votre thérapeute a émis un commentaire sur une situation, y a-t-il eu dans votre esprit, référence à d'autres situations semblables dans votre vie? .30

4. Aviez-vous l'impression que, même si vous aviez des moments de doute, de confusion ou de méfiance, l'ensemble de la thérapie était valable? .41 .69

5<sup>a</sup>. Est-ce que les commentaires de votre thérapeute vous ont amené à croire qu'il(elle) plaçait ses besoins avant les autres?

6<sup>a</sup>. Lorsque des choses importantes vous sont venues à l'esprit, jusqu'à quel point les avez-vous gardé pour vous-même plutôt que de les partager avec votre thérapeute? .46

7. Vous êtes-vous senti(e) accepté(e) et respecté(e) pour ce que vous êtes par votre thérapeute? .76

8<sup>a</sup>. Jusqu'à quel point avez-vous retenu vos sentiments durant cette séance? .60

9<sup>a</sup>. Avez-vous trouvé les commentaires de votre thérapeute non aidants, c'est-à-dire portant à confusion, non à propos ou ne s'appliquant pas à vous? .50 .33

10. Avez-vous eu l'impression de travailler en collaboration avec votre thérapeute, unis dans un même effort pour surmonter vos problèmes? .47 .53

11. Jusqu'à quel point vous êtes-vous senti(e) libre de parler de sujets personnels dont vous avez honte en situation ordinaire ou que vous avez peur de révéler?

12. Durant cette séance, jusqu'à quel point étiez-vous prêt(e) à continuer à vous débattre avec vos problèmes, même si vous ne pouviez pas trouver une solution immédiate? .56

13. Au cours de la séance, jusqu'à quel point votre thérapeute s'est-il(elle) montré(e) prêt(e) à vous aider à surmonter vos difficultés?	.59			.50
14 <sup>a</sup> . Avez-vous eu l'impression d'être en désaccord avec votre thérapeute sur le type de changements que vous vouliez apporter dans votre vie par cette thérapie?	.52			
15 <sup>a</sup> . Jusqu'à quel point vous-êtes vous senti(e) contrarié(e) par les investissements en temps, en argent ou autres inhérents à votre thérapie?				.34
16. Avez-vous eu l'impression que votre thérapeute comprenait ce que vous désiriez obtenir de cette séance?	.51			.57
17. Au cours de cette séance, jusqu'à quel point était-il important pour vous d'envisager les façons dont vous pouviez contribuer à régler vos propres problèmes?	.64			
18 <sup>a</sup> . Jusqu'à quel point avez-vous pensé que la thérapie n'était pas le meilleur moyen d'obtenir de l'aide pour vos problèmes?				.59
19. Est-ce que le traitement que vous avez reçu au cours de cette séance correspond à vos idées à propos de ce qui aide les gens en thérapie?	.69			
20 <sup>a</sup> . Avez-vous eu l'impression de travailler en désaccord avec votre thérapeute, de ne pas avoir la même conception des moyens à prendre pour obtenir l'aide que vous vouliez?	.39	.33		
21. Jusqu'à quel point avez-vous eu confiance en vos propres efforts et en ceux de votre thérapeute pour obtenir un certain soulagement face à vos problèmes?	.71			
22 <sup>a</sup> . Aviez-vous l'impression d'être incapable d'approfondir votre compréhension de ce qui vous dérange?	.41			
23 <sup>a</sup> . Jusqu'à quel point étiez-vous en désaccord avec votre thérapeute sur les points les plus importants à travailler au cours de cette séance?		.52		
24. Jusqu'à quel point votre thérapeute vous a-t-il(elle) aidé(e) à obtenir une compréhension plus approfondie de vos problèmes?	.52			.59
Racine latente	12	6	3	3
% de variance	20	10	5	5

*Note:* Seules les pondérations supérieures à .30 sont présentées dans ce tableau. Un item du questionnaire d'attachement au thérapeute et deux de l'alliance thérapeutique ont présenté des pondérations inférieures à ce seuil (17) (5,11). <sup>a</sup>Items inversés.